



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM

Discente:

Maria dos Santos Lopes Nascimento

Importância das Intervenções de Enfermagem no Período Pré-Natal

Mindelo, Dezembro 2014

“Memoria Monográfica apresentada à Universidade do Mindelo, como parte de requisitos para a obtenção do Grau de Licenciado em Enfermagem”.

Discente:

Maria dos Santos Lopes Nascimento

Importância das Intervenções de Enfermagem no Período Pré-Natal

Orientadora:

Enf. Madalena Gonçalves

Mindelo, Dezembro 2014

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha mãe Benvinda David Lopes, ao meu pai Manuel Nascimento, meu filho Luís Manuel pela compreensão da minha ausência, à minha irmã Ariana Maria, aos meus irmãos Adilson Calazans e Dénis Alexandre, e ao meu namorado Ulisses Nobre pela paciência, carinho e força nos momentos de desanimo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a mim mesmo, pelo empenho, força e dedicação na realização do trabalho.

À Deus por ter iluminado meu caminho, ter-me dado força e coragem para enfrentar todos os obstáculos da vida.

À minha Orientadora Enfermeira Madalena Gonçalves, pela disponibilidade e dedicação na realização do trabalho.

Aos Docentes, que durante estes quatro anos mostraram dedicação.

À todas às gestantes que aceitaram participar do estudo, pela valiosa contribuição na realização do mesmo.

Ao Centro de Saúde de Ribeirinha, que contribuiu para desenvolvimento desta pesquisa, ao permitir o contacto com as participantes da pesquisa.

Ao Sr. Nuno Miguel Almeida Silva pela contribuição na realização do trabalho.

À todos que me ajudaram durante o percurso académico.

À TODOS UM MUITO OBRIGADO!

RESUMO

O presente trabalho apresenta um estudo de investigação, tendo como tema “Importância das intervenções de enfermagem no período pré-natal”, com o seguinte objectivo geral: Avaliar a importância das intervenções de enfermagem durante à consulta pré natal, e os seguintes objetivos específicos: Compreender a importância da consulta pré-natal; Identificar as intervenções de enfermagem no período pré-natal; Identificar complicações que possam surgir na gestação; Realçar a importância do pré-natal, bem como a assistência de enfermagem.

A pergunta de partida colocada é “Qual a importância das intervenções de enfermagem conferida pelas gestantes, durante a consulta pré-natal”?

Trata-se de um estudo com abordagem quali-quantitativa, de carácter descritivo e transversal; os dados foram colhidos através do inquérito por questionário, aplicado às 40 gestantes, que frequentara o Centro de Saúde de Ribeirinha, para a consulta pré natal.

Os dados foram analisados através do Microsoft Office Excel 2007, e a apresentação dos resultados foi feita com gráficos, através da análise estatística descritiva.

Os resultados obtidos no estudo mostraram que a amostra atribui muita importância às intervenções de enfermagem na consulta pré-natal, e também o estudo mostrou que uma assistência e intervenção de enfermagem no pré-natal feita com qualidade proporcionam mais satisfação à gestante.

Palavras-chave: Cuidado Pré natal/Gestação/ Intervenções de enfermagem

ABSTRACT

This paper presents a research study, with the theme "Importance of nursing interventions in the prenatal period," with the following general objective: To evaluate the importance of nursing interventions during the prenatal consultation, and the following specific objectives: understand the importance of prenatal care; Identify nursing interventions in the prenatal period; Identify complications that may arise during pregnancy; Highlight the importance of prenatal care and nursing care. The initial question asked is "What is the importance of nursing interventions conferred by pregnant women during prenatal visit"? This is a study with a quali-quantitative approach, descriptive and transversal; data were collected through the survey questionnaire administered to 40 pregnant women who attended the Riverside Health Center, for prenatal consultation. Data were analyzed using Microsoft Office Excel 2007, and the presentation of the results was made with graphics, using descriptive statistical analysis. The results obtained in the study showed that the sample attaches much importance to nursing interventions in prenatal care, and also the study showed that a care and nursing intervention in prenatal made with quality provide more satisfaction to pregnant women.

Keywords: Prenatal Care / Pregnancy / Nursing interventions

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Situação Fetal.....28

Figura 2 – Apresentação Fetal.....28

Figura 3 – Calendário Nacional de Vacinação Antitetânica.....36

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Nacionalidade.....	48
Gráfico 2 – Idade.....	48
Gráfico 3 – Grau escolaridade.....	49
Gráfico 4 -Idade da Menarca.....	49
Gráfico 5 -Idade da primeira relação sexual.....	49
Gráfico 6 – Idade do primeiro filho.....	50
Gráfico 7 -Meses de gestação que fez a primeira consulta.....	51
Gráfico 8 -Durante a consulta pré natal a enfermeira conseguiu esclarecer suas duvidas.....	51
Gráfica 9 – Na consulta pré natal foi pesada.....	52
Gráfico 10 -Mediram sua pressão arterial.....	52
Gráfico 11 -Foi feita alguma solicitação de exames.....	53
Gráfico 12 -Recebeu alguma vacina contra tétano.....	53
Gráfico 13 -Recebeu orientações sobre o seguimento pré natal.....	54
Gráfico 14 -Recebeu orientações sobre os cuidados com a alimentação.....	54
Gráfico 15 -Recebeu orientações sobre a preparação para o parto.....	55
Gráfico 16 – Recebeu orientações sobre a amamentação.....	55
Gráfico 17 – Recebeu orientações sobre o seguimento da criança.....	56
Gráfico 18 – Sente dificuldades em realizar as orientações recebidas na consulta pré natal.....	56
Gráfico 19 – Que importância tem para si as intervenções de enfermagem na consulta pré natal.....	57
Gráfico 20 – Como Classifica o atendimento pré natal neste Centro de Saúde.....	58

LISTA DE SIGLAS/ABREVIATURAS

AIISM – Atenção Integral à Saúde da Mulher

IG – Idade gestacional

DPP – Data Provável do Parto

DUM – Data da Última Menstruação

VIH – Vírus de Imunodeficiência Adquirida

IMC – Índice de Massa Corporal

IEC – Informação, Ensino e Comunicação

DST – Doença Sexualmente Transmissível

BCF – Batimento Cardíaco Fetal

CSR – Centro de Saúde Ribeirinha

Kg - quilogramas

Índice

INTRODUÇÃO.....	13
CAPITULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
1.1 - Cuidado em enfermagem.....	16
1.2 – Conceito de Gestação.....	17
1.3 – Cuidado Pré-natal	18
1.4 - Sinais da gravidez.....	19
1.5 - Diagnóstico da Gravidez	21
1.6 - O Acompanhamento pré-natal.....	22
1.6.1 - A Primeira Consulta.....	22
1.6.2- Consultas subsequentes.....	25
1.7 - Intervenções de enfermagem realizadas na consulta pré-natal.....	26
1.8 - Interpretações dos Exames Laboratoriais/Orientações.....	31
1.9-Vacinação Antitetânica.....	37
1.10 - Acções educativas realizadas na Consulta Pré-natal	38
1.11 - Diagnóstico de Enfermagem NANDA, constatadas durante a consulta pré-natal	41
1.12 - Importâncias das intervenções enfermagem no Pré-natal	42
CAPÍTULO II – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	44
2.1 - Metodologia.....	45
2.2 - Procedimentos Éticos	45
2.3 - Tipo de estudo	45
2.4 - Campo Empírico.....	46
2.5 - População e Amostra	46
2.6 - Instrumentos e Colecta de Dados	46
2.7 - Plano de Amostragem.....	47

CAPITULO III - FASE EMPÍRICA	48
3.1 - Identificação do Local em Estudo – Centro de Saúde de Ribeirinha	49
3.2 - Apresentação, Análise e Discussão de Resultados	49
3.3 - Caracterização da amostra	50
CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
ANEXOS	71

INDICE DE ANEXOS

Anexo I	64
Carta direcionada ao Centro de Saúde Ribeirinha.....	65
Anexo II	66
Termo de Consentimento Livre e Informado.....	67
Anexo III	69
Questionário.....	70

INTRODUÇÃO

Este trabalho, será desenvolvido como elemento de avaliação final do Curso de Licenciatura em Enfermagem, na Universidade do Mindelo, tendo como tema “Intervenções de enfermagem no período pré-natal”. Nesta temática surge a seguinte questão:

“Qual a importância das intervenções de enfermagem conferida pelas gestantes, durante a consulta pré natal”?

É de extrema importância, que às gestantes façam a consulta pré natal, porque através dela consegue-se detetar possíveis problemas que possam surgir durante a gestação.

Visto que a gestação é um período em que a mulher precisa de cuidados especiais, isto devido ao crescimento e nascimento de um novo ser, portanto as intervenções de enfermagem nesse período são fundamentais para detetar e prevenir possíveis complicações que possam surgir. Ainda existem mulheres que não procuram os serviços de saúde para controlo pré-natal, e quando chegam na maternidade não têm nenhum documento que mostra a evolução da gestação, e muitas vezes a criança nasce com problemas graves.

A gestação é marcada por várias mudanças no organismo materno, sofrendo influências de múltiplos fatores, desde biológicos, até alterações das características socioeconómicas da população, fazendo com que nesse período a mulher necessite de cuidados especiais e de acompanhamento por profissionais de saúde (Trevisan, 2002).

O trabalho encontra-se estruturado da seguinte forma:

Introdução - onde enfatiza-se a importância e problemática do tema, a pergunta de partida e os objetivos gerais e específicos.

Capítulo I – neste capítulo encontra-se o enquadramento teórico, para perceber os conceitos teóricos do estudo, para a melhor compreensão do estudo.

Capítulo II – Procedimentos Metodológicos.

Capítulo III – Constitui a Fase Empírica, Considerações finais, Referências bibliográficas e os Anexos.

O trabalho tem como objectivo geral:

- Avaliar a importância das intervenções de enfermagem durante a consulta pré-natal.

Quanto aos objetivos específicos são os seguintes:

- Compreender a importância da consulta pré-natal;
- Identificar as intervenções de enfermagem no período pré-natal;
- Identificar complicações que possam surgir na gestação;
- Realçar a importância do pré-natal, bem como a assistência de enfermagem.

Durante uma assistência pré-natal, o profissional deve escutar com atenção a gestante, dar apoio para que possa ter uma relação de confiança, ajudando-a a levar uma gestação tranquila, visto que uma assistência pré-natal de qualidade é importante para a saúde materna.

Segundo Mendes (s/data:157), os objetivos da consulta pré-natal são:

Providenciar aconselhamento, informação e apoio à grávida àqueles que constituem a sua família própria;

Minorar a sintomatologia acessória ao estado gravídico e ajudar a gestante a adaptar-se as alterações fisiológicas por ele imposto;

Proporcionar um programa de rastreio/vigilância tanto clínico como laboratorial, a fim de assegurar o normal decurso da gravidez e detetar precocemente eventuais desvios da normalidade.

“A pertinência dos objetivos da consulta pré-natal é sublinhada por vários estudos que demonstram que as gestantes que não tiveram cuidados pré-natais regulares apresentam uma maior incidência de complicações da gestação”. (*ibid*:157)

Já na opinião de Gonçalves *et al* (2008.10):

A assistência pré-natal tem objetivo de orientar e esclarecer sobre o parto e cuidados com o recém-nascido, visando a redução das taxas de morbimortalidade materno-infantil, baixo peso ao nascer e retardo de crescimento intra-uterino, visto que estas causas são evitáveis dependendo da qualidade assistencial nesse período.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 - Cuidado em enfermagem

Pires (2008:740) refere:

A Enfermagem é uma profissão de saúde reconhecida desde a segunda metade do século XIX, quando Florence Nightingale acrescenta atributos a um campo de actividades de cuidado à saúde desenvolvidas, milenarmente, por indivíduos ou grupos com diferentes qualificações e em diferentes cenários. Com Florence, o cuidado ganha especificidade no conjunto da divisão do trabalho social, é reconhecido como um campo de actividades especializadas e necessárias/úteis para a sociedade e que, para o seu exercício, requer uma formação especial e a produção de conhecimentos que fundamentem o agir profissional.

O cuidado tem sido descrito pelas teóricas de enfermagem como o “core” ou conteúdo central para a enfermagem, e que não há dúvida de que, como um conceito, “o cuidado” tem desenvolvido importante influência sobre a pesquisa, a educação e filosofia da enfermagem. (Morse *et al*, cit. in Pires:2008).

Watson (2002: 55) afirma que “o cuidar requer envolvimento pessoal, social, moral e espiritual do enfermeiro e o comprometimento para com o próprio e para com os outros humanos, a enfermagem oferece a promessa da preservação do humano na sociedade”

O cuidar em enfermagem, em termos genéricos, tem o sentido de promover a vida, o potencial vital, o bem-estar dos seres humanos na sua individualidade, complexidade e integralidade. Envolve um encontro interpessoal com objetivo terapêutico, de conforto, de cura quando possível e, também, de preparo para a morte quando inevitável (*ibid*).

Já Hesbeen refere que (1997:69), “os cuidados de enfermagem traduzem-se na atenção particular prestada por uma enfermeira ou enfermeiro a uma pessoa ou aos seus familiares com vista a ajudá-los na sua situação. Engloba tudo o que os profissionais fazem, dentro das suas competências, para prestar cuidados às pessoas. Pela sua natureza, permite oferecer suportes de práticas de enfermagem que contribuem para a serenidade às pessoas através de conforto, doçura, calor e a atenção dispensada.

Pois, na opinião de Collière (2003:176-179), “o cuidado desde os primórdios da humanidade, representa os recursos investidos pelos seres humanos, para dar continuidade à espécie, este cuidado tem como ponto de partida o nascimento e vai sendo praticada até a morte”.

O Ministério da Saúde (2000) afirma que “durante a gestação, a mulher requer uma série de cuidados para a promoção da saúde e qualidade de vida, pois a atenção pré-natal é reconhecida como etapa fundamental que tem como objetivo monitorar e acompanhar a gestação para identificar e intervir nas situações de risco à saúde materna e fetal”.

1.2 – Conceito de Gestação

Silva (2010:163), afirma que “a gestação é um processo fisiológico e natural, contudo a mulher apresenta uma serie de modificações físicas e psicológicas”.

Contudo, Mendes (s/data:35), define a gestação sendo “um período de modificações emocionais e físicas durante o qual os vários sistemas do corpo são preparadas para o papel que terão de desempenhar para sustentar e, eventualmente expelir o feto”.

“A gestação vai durar 280 dias (=40 semanas) desde o primeiro dia do último período menstrual até a data do parto. Ou se tomarmos como referencia a data da ovulação e fecundação, menos duas semanas em media”.(ibid)

Como descrito por Lowdermilk e Perry (2008: 246) “a gestação dura nove meses, mas alguns prestadores de cuidados saúde usam um conceito de meses lunares, os quais duram 280 dias e 4 semanas. A gestação normal tem a duração de 10 meses lunares, o que corresponde a 40 semanas, ou 280 dias, sendo ainda dividida em período de três meses”.

O primeiro trimestre vai desde a 1ª à 13ª semana. O segundo, da 14ª à 26ª semana e o terceiro desde às 27 semanas até ao fim da gestação.

Citadas pelas mesmas autoras, para a compreensão dos cuidados de saúde materna é fundamental conhecer e entender os termos seguintes:

Gesta – mulher grávida.

Gravidez – gestação.

Multigesta – mulher que já esteve grávida duas ou mais vezes.

Múltipara – mulher que completou duas ou mais gestações até ao estágio de viabilidade fetal.

Nuligesta – mulher que nunca esteve grávida.

Nulípara – mulher que não conclui nenhuma gravidez em que o feto atingiu a viabilidade.

Paridade - número de gestações em que o feto (ou fetos), atingiu viabilidade ao nascer e não o número de fetos (ex: gémeos) nascidos.

Pós termo - gravidez que ultrapassou 42 semanas de gestação.

Pré termo – gravidez que atingiu 20 semanas de gestação, mas não completou 37 semanas.

Primigesta – mulher grávida pela primeira vez.

Primípara – mulher que completou a gestação com um ou mais fetos que atingiram o estágio de viabilidade fetal.

Termo – gravidez desde o fim das 37 semanas até ao fim das 42 semanas de gestação.

Viabilidade - capacidade para viver fora do útero; desde aproximadamente, às 22 a 24 semanas de amenorreia ou feto com peso superior a 500 gramas.

1.3 – Cuidado Pré-natal

Segundo Ximenes *et al*, (2008:595-562):

Pré natal é o período anterior ao nascimento da criança, em que um conjunto de ações é aplicado a saúde individual e colectiva das mulheres grávidas. Nesse período as mulheres devem ser acompanhadas a partir da gestação, de forma que lhes seja possível entre outras coisas realizar exames clínico-laboratoriais, receber orientação e tomar medicação profilática e/ou vacinas.

O pré-natal é definido como um “conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de acompanhar a evolução da gestação e promover a saúde da gestante e da criança, encaminhando-os para soluções imediatas ao Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2005:18).

Pode-se dizer ainda que “o pré-natal consiste num conjunto de fatores e ações que interagem e o principal deles seria a humanização, ou seja, o respeito pela mulher”. (Costa *et al*, 2009:1352).

Lowdermilk e Perry (2008:246) acrescentam que “o período pré natal é um período de preparação física e psicológica para o nascimento e parentalidade. O período pré natal proporciona uma oportunidade única para os profissionais de saúde influenciarem a saúde da família”.

No dizer de Baley (s/data:41) “os cuidados de enfermagem prestados à gestante têm por fim manter, e até melhorarem, a saúde da mãe durante a gravidez e assegurar-lhe um parto sem complicações, um filho normal e saudável”.

Neste contexto, Silva (2010:163), acrescenta que “a participação da enfermeira no acompanhamento das gestantes de baixo risco, reveste-se de uma importância fundamental para a orientação dos desconfortos comuns, à estas utentes, educação para a saúde,

discussão dos receios próprios desta fase e de atitudes que favorecem a evolução fisiológica do período gravídico e do parto”.

Os cuidados de saúde, no período pré natal permitem diagnosticar e tratar perturbações de saúde da mãe já existentes, ou que possam ser desenvolvidas durante a gestação. O acompanhamento destina-se a monitorizar o crescimento e desenvolvimento do feto e a identificar anomalias que possam interferir como decorrer normal do parto (Lowdermilk e Perry, 2006:246).

Pois, Carvalho e Figueiredo (2007:7), afirmam que “ a vigilância pré natal no atual contexto de cuidado de saúde primária, constitui uma preocupação fundamental para a melhoria do nível de cuidados prestados durante a gestação e puerpério, tendo como objetivo principal conseguir que cada gestação finalize com uma mãe e um filho saudável”.

1.4 - Sinais da gravidez

Algumas das adaptações fisiológicas que ocorrem durante gravidez são denominadas sinais e sintomas da gravidez. As três categorias de sinais e sintomas de gravidez são os sinais de presunção, ou alterações sentidas pela mulher (amenorreia, fadiga, náuseas, vômitos e alterações mamárias); os sinais de probabilidade ou alterações observadas pelo examinador (sinal se *Hegar*¹, *ballotement*,² teste de gravidez) e os sinais de certeza que são atribuídas exclusivamente à presença do feto (audição de sons cardíacos fetais, visualização do feto e palpação dos movimentos fetais). (*ibidem*)

Já na opinião de Mendes (s/data:45-53) “as modificações gravídicas maternas são por vezes delicadas de detetar nos primeiros tempos: estão dependentes da maior produção hormonal e de alterações do metabolismo e, em variado grau, da agressão psicológica que representa o estado da gravidez, e que os sintomas iniciais significativas são:

- Amenorreia
- Perturbações subjetivas
- Modificações uterinas
- Alteração dos seios e na coloração da pele e mucosas

¹ Segundo Lowdermilk e Perry (2006:229), é o exame bimanual para determinar o amolecimento e compressibilidade do segmento uterino, quando o colo ainda está firme

² Flutuação do feto no líquido amniótico, que ao ser tocado ou empurrado, pela mão do examinador, se afasta e retorna até tocar nela (*ibid*)

- Os sinais de certeza

Amenorreia

A ausência da menstruação percebida pelas mulheres constitui o sintoma mais precoce e habitual, contudo algumas esquecem a data da última menstruação, o que vai dificultar na data provável do parto.

Perturbações subjetivas

Náuseas e enjoos, vômitos, astenia e fadiga.

Modificações uterinas

Muitas vezes o volume uterino parece aumentar numa fase pré menstrual e podem ser difíceis de detetar sinais gravídicos antes das oito semanas de amenorreia (ausência da menstruação) e nessa altura já é possível procurar os seguintes sinais:

Amolecimento do colo, que se apresenta cianosado e um aumento progressivo do volume uterino.

A vagina, vulva e mucosa apresenta arroxeadada (Sinal de *Chadwick*).

Alterações nos seios, coloração da pele e mucosas

Os seios tornam-se mais túrgidos e pesados, e a aréola mamilar torna-se mais escura e aumenta de extensão. Aparece um líquido esbranquiçado nos mamilos (coloostro) que vai manter-se até ao aparecimento do leite, isto por volta das 14^a à 16^a semana, a seguir ao parto.

No abdómen aparece uma linha negra entre o umbigo e o monte-de-vénus, aparecimento das estrias (algumas mulheres) que surgem nas zonas adiposas das coxas, no abdómen e nos seios.

Sinais de certeza (Sinais de vitalidade fetal)

Onde já se ouve movimentos fetais. O ritmo cardíaco ouve-se acima da sínfise púbica, com um foco máximo de auscultação e um ritmo normal entre 120 à 160 batimentos cardíacos por minuto.

1.5 - Diagnóstico da Gravidez

De acordo com Martins *et al* (2006:20)

O diagnóstico de gravidez baseia-se na história, no exame físico e nos testes laboratoriais. Se ocorrer amenorreia ou atraso menstrual, deve-se, antes de tudo, suspeitar da possibilidade de uma gestação. Na prática, para as mulheres que procuram os serviços com atraso menstrual que não ultrapassa 16 semanas, a confirmação do diagnóstico da gravidez pode ser feita pelo profissional de saúde da unidade básica, por meio de um teste imunológico para gravidez (TIG).

A partir do momento que a mulher procura o serviço de saúde relatando ausência menstrual, a primeira questão que se coloca é quando foi a data da última menstruação. Será solicitado um teste de gravidez, e após a sua realização, se o resultado for negativo, é aconselhada a fazer o planejamento familiar. Mas no caso de continuar com a ausência da menstruação deve-se aconselhar a fazer uma consulta ginecológica.

Se o resultado for positivo, será a confirmação da gestação no caso de a mulher decidir continuar com a gestação, inicia-se as intervenções de enfermagem do acompanhamento pré natal.

Lowdermilk e Perry (2008:254), afirmam que “uma vez confirmado a gravidez, e comprovado o desejo da mulher em continua-la, dá-se início a sua vigilância”.

Na minha perspectiva concordo com as autoras, logo após a confirmação da gravidez, a gestante é orientada, no sentido de seguir o acompanhamento da gravidez, de forma a assegurar uma gravidez saudável.

Calendarização habitual de vigilância pré natal, de acordo com as autoras:

Primeira consulta durante o primeiro trimestre

Consultas mensais até às 28 semanas

Consultas quinzenais entre às 29 e às 36 semanas

Consultas semanais desde 36 semanas até ao parto.

Entretanto na opinião de Carvalho e Figueiredo (2007: 9) “ a frequência das consultas obstétricas varia de acordo com a idade gestacional, devendo ser mensal na primeira metade da gestação, quinzenal entre às 20 e 28 semanas, e posteriormente semanal”.

Acrescenta a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996), “que as gestantes a realizem de pelo menos seis consultas de pré-natal durante a gestação; este acompanhamento permite identificar possíveis riscos à saúde da mulher - como diabetes e hipertensão arterial e repercussão de doenças no bebé”.

De acordo com o Manual do Caderno AISM (Atenção Integral à Saúde da Mulher), deve-se explicar a gestante a frequências das próximas consultas (pelo menos 4 durante a gravidez, se não houver riscos: 1 no primeiro trimestre, 1 no segundo trimestre e 2 no terceiro trimestre, sendo entre as 36-38 semanas), insistindo sobre a importância em cumprir as datas das consultas, sempre que necessário volte a consulta se a gestante tiver alguma queixa fora do habitual, e marcar a data da próxima consulta no caderno AISM da grávida e na agenda de serviço.

1.6 - O Acompanhamento pré-natal

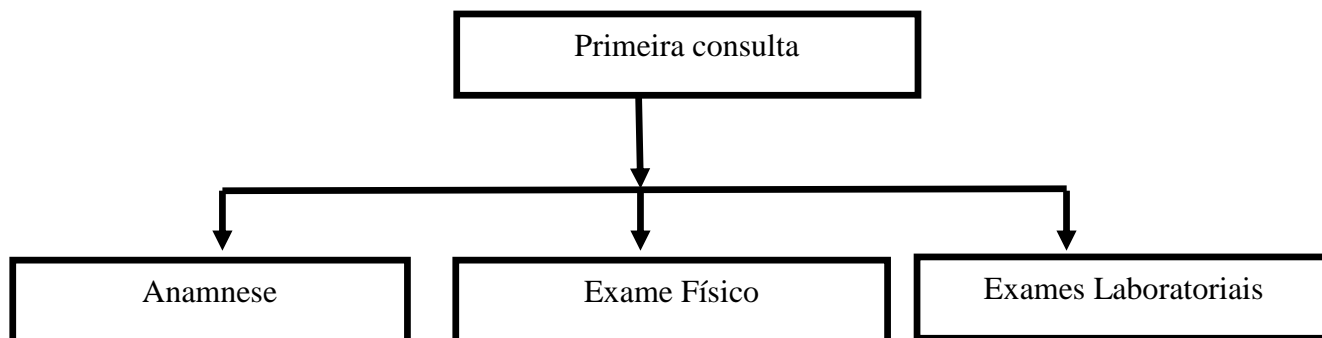
1.6.1 - A Primeira Consulta

Do ponto de vista de Mendes (s/data:96) “ a primeira consulta estabelece o relacionamento com a gestante, devendo ser mais demorada, pois uma gestante que é vista a pressa, mal observada, supostamente não leva a sério a equipa de saúde e começa por não confiar”.

Ainda este autor refere que “a história clínica deve ser minuciosa, algumas vezes, nas visitas seguintes terá de voltar a ler essa primeira observação. Pretende-se nesta consulta averiguar o bem-estar materno e fetal, determinar com maior rigor possível a vida gestacional e elaborar um plano de apoio durante a gestação”.

Acrescenta Machado (2010:156), que “ a primeira consulta pré natal, efectuar-se-á o mais cedo possível, de modo a datar correctamente a gestação, e detectar os factores de risco (de preferência antes das 12 semanas) ”.

É importante colher algumas informações a cerca da gestante para fazer uma boa Anamnese.



Fonte: própria autoria

As acções desenvolvidas pela enfermeira durante a consulta pré-natal incluem a anamnese, exame físico, solicitação de exames de rotina, interpretação dos resultados destes e cuidadoso trabalho educativo por meio de orientações e aconselhamentos (Évora, 1988).

Para uma boa anamnese deverá colher informações acerca da gestante sobre os antecedentes pessoais e familiares tais como: hipertensão arterial, diabetes, doença cardíaca, doença renal, tuberculose e outras doenças hereditárias. Também tomar conhecimentos sobre antecedentes ginecológicos e obstétricas: idade da menarca, ciclo menstrual, doenças sexualmente transmissíveis, cirurgias ginecológicas. Informações da gestação actual: data do primeiro dia da menstruação, número de gestações, parto abortos, entre outros.

Após informações da gestação atual, será calculada a idade gestacional (IG) e a data provável do parto (DPP).

Na opinião de com Lowdermilk e Perry (2008:246), “a data provável do parto é calculada através da regra de Nagele e consiste em adicionar 7 dias ao primeiro dia da última menstruação, subtrair 3 meses e adicionar um ano; ou adicionar 7 dias à data da última menstruação (DUM) e contar nove meses para frente”.

Ainda referem que, numa gravidez normal a idade gestacional do feto é estimada depois de determinado o tempo de gravidez, e a DPP, e que esta determinação é feita a partir da história menstrual, da história de contracepção e dos resultados do teste de gravidez.

Mas, nos procedimentos de rotina é utilizada um disco obstétrico, para a realização da DPP e IG, seguindo as instruções encontradas no disco.

Todas as informações na consulta pré natal desenrolar-se-ão de acordo com o Caderno de Atenção Integral e saúde da Mulher (AISM).

O Caderno AISM é um documento que toda a mulher deverá possuir, pois, serve para orientar a mulher desde o início das consultas de saúde reprodutiva, até depois do climatério, onde são registados todas as intervenções dos profissionais de saúde. O acolhimento da gestante deverá ser amigável, para que ela possa se sentir confiante, expresse suas preocupações e esclareça suas dúvidas.

De acordo com o Manual de Procedimentos dos Serviços de Saúde Reprodutivo (2008), na primeira consulta deverá constar as seguintes:

A identidade da gestante;

Os antecedentes pessoais e comportamentais: tabagismo, alcoolismo e /ou uso de drogas são fatores de risco de abortos, prematuridade, atraso de crescimento fetal intra-uterino;

Os antecedentes biomédicos, assim como toda a medicação que a grávida vem fazendo de forma contínua, para devido encaminhamento, se necessário;

Os antecedentes cirúrgicos genitais e extra-genitais e assinalar os fatores de risco. Uma cicatriz uterina, deve ser avaliado pelo médico obstetra;

Antecedentes obstétrico, dando atenção especial ao desenrolar da gestação imediatamente anterior, as complicações nas gestações anteriores; a grande múltipara e crianças que nasceram vivos e depois faleceram. A triagem precoce dos fatores de risco anteriores, permitirá um melhor seguimento, com encaminhamento atempado, sempre que necessário;

A história da gravidez atual: regularidade do ciclo, data da última menstruação, uso anterior de anticoncepcionais, patologias surgidas durante a gravidez atual, tais como ameaça de aborto ou de parto prematuro, infeções, pré eclampsia, agravamento de doenças preexistentes, diabetes gestacional, entre outras para facilitar o seguimento e encaminhamento atempado.

Após a confirmação do diagnóstico da gestação, e recolhidas as informações necessários à gestante, seguirá o exame físico.

Exame Físico

No exame físico será avaliado os seguintes itens:

Altura e o peso (avaliar do estado nutricional);

Avaliação da pressão arterial;

Palpação obstétrica e medida da altura uterina;

Ausculda dos batimentos cardíacos fetais

Avaliação de edemas

Exame Ginecológico

Inspeção das paredes vaginais, do colo uterino e da secreção vaginal;
Toque vaginal.

Exames laboratoriais

Grupo sanguíneo e fator Rh, hemoglobina, Hemograma completo, VIH, Glicemia, VDRL, Urina/urocultura, hepatite B (HBsAg), exsudado vaginal. Também é solicitado o teste de coombs indireto caso tenha o fator Hh negativo e ecografia obstétrica, se não souber a data da última menstruação.

Vacinação antitetânica, se não estiver imunizada (a partir das 16 semanas). Em caso de ter recebido a vacina anteriormente, pedir informações a cerca da data das doses.

1.6.2- Consultas subsequentes

As consultas subsequentes seguirá com o caderno da gestante, calcular a idade gestacional, e observar sempre a data da vacina antitetânica.

É avaliado o peso e calculado o Índice de Massa Corporal (IMC), a pressão arterial, palpação obstétrica, medida da altura uterina, ausculta dos batimentos cardíacos fetais, verificação de edemas. Feito exame ginecológico, toque vaginal e a interpretação dos resultados dos exames.

Em todas as consultas a gestante é questionada sobre queixas urinárias, se tem ardor à micção, dispneia (falta de ar), prurido vaginal, perdas líquidas e sanguíneas vaginais.

No exame ginecológico, observa-se o colo e a vagina, se há presença de corrimentos, lesões ou sangramentos. Encaminha-se ao médico, se necessário.

É feita a medicação com ferro e ácido fólico, para prevenção da anemia, isto a partir das 16 semanas de gestação. Prescrever de rotina e como prevenção de anemia, durante toda a gestação e durante todo o período de aleitamento materno (Manual do Caderno AISM, 2008).

Orienta-se à gestante, a importância em tomar os suplementos de ferro e ácido fólico, para a prevenção da anemia na gestação, e que estas devem ser tomadas duas vezes a dia, meia hora antes das refeições.

Durante a gestação, a anemia define-se por uma concentração de hemoglobina (Hb) inferior à 11g/dl ou hematócrito inferior à 33%. Graça (2010: 387). É uma das complicações frequentes que ocorre na gestação.

Em cada consulta são feitas ações educativas às gestantes, como consta no Caderno AISM são os Conselhos IEC (Informação, Educação e Comunicação).

São diversos os temas que constam no Caderno AISM tais como:

Seguimento pré natal; queixas gravídicas frequentes; sexualidade e DST; sexualidade durante a gravidez; tabagismo e álcool; higiene pessoal; nutrição da grávida, e vacinação da grávida (estes são abordados na primeira consulta quando a gestante tem menos de 12 semanas e também de 25-27 semanas); planeamento familiar; preparação para o parto; seguimento pós natal; aleitamento materno e seguimento da criança (36-38 semanas).

O Ministério da Saúde recomenda, no Manual de Procedimentos dos Serviços de Saúde Reprodutivo (2008), que deve-se fazer os Conselhos IEC, de acordo com a idade gestacional e de acordo com o estipulado Caderno AISM.

1.7 - Intervenções de enfermagem realizadas na consulta pré-natal

Medição do peso/Altura

É avaliado o peso e a altura da gestante, de modo a obter o Índice de Massa Corporal (IMC), isto para poder avaliar o estado nutricional da gestante. É muito fundamental, porque ajuda a prevenir possíveis problemas que podem afetar a criança.

Pois, realça Gomes (2010:25) que “é o procedimento que busca avaliar o estado nutricional e o ganho ponderal da gestante. Tem como objetivo avaliar e controlar o ganho de peso ao longo da gestação”.

Já Lowdermilk e Perry (2008:305-306), afirmam que “a nutrição influencia o resultado final da gravidez, previne complicações tais como, nascimento de uma criança prematura e, criança com baixo peso ao nascer”.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o *Institute of Medicine* (IOM-EUA) recomendam ganhos de peso gestacional diferenciados de acordo com o estado nutricional pré-gestacional. Mulheres que apresentam baixo peso devem ter um ganho ponderal de 12,5 a 18,0 kg; gestantes de peso adequado de 11,5 a 16,0 kg; mulheres com sobrepeso de 7,0 a 11,0 kg; e gestantes obesas $\leq 7,0$ kg.

Na visão de Carvalho e Figueiredo (2007:9), “o aumento total de peso durante a gestação deve ser entre 9 à 12 kg, e que um aumento de peso inferior à 7,5 kg, numa

gestação ao termo pode significar, atraso do crescimento uterino, e um excessivo aumento em relação ao peso inicial, pode indicar desequilíbrio alimentar”.

As mesmas autoras ainda referem que “ um rápido aumento de peso de 1,5 kg numa semana, provavelmente indica retenção excessiva de líquidos, que deverá alertar para a possibilidade de se desenvolver um quadro de pré eclampsia”.

Mas no seu livro, Graça (2010:149) diz que “ durante vários anos, o *American College of Obstetricians and Gynecologists* e outros grupos profissionais, recomendaram que o aumento ponderal durante a gestação deveria ser de 10 à 12 kg (...)”

Assim consta no Caderno AISM, que se o valor do IMC for menor que 19 ou Maior que 34 a gestante é encaminhada para consulta médica.

Orientações:

Caso a gestante estiver com o ganho ponderal adequado, deve-se orienta-la a não exceder e diminuir o peso, fazer orientação nutricional de maneira a manter uma alimentação equilibrada e saudável;

Caso tiver um ganho ponderal baixo/excessivo, fazer orientação nutricional de maneira a manter hábitos alimentares saudáveis, explicar que tanto o baixo como o excesso de peso na gestação traz complicações para o bebé. Neste sentido é considerado gestação de risco, e encaminhada à consulta médica.

Ainda a OMS refere que o monitoramento do ganho ponderal durante a gestação é um procedimento de grande utilidade para o estabelecimento de intervenções nutricionais visando à redução de riscos maternos e fetais e que a orientação nutricional pode proporcionar um ganho de peso adequado, prevenindo o ganho excessivo e, conseqüentemente, ocasionar redução da incidência de diabetes gestacional, pré-eclampsia, eclampsia e hipertensão arterial.

Avaliação da pressão Arterial

A pressão arterial é avaliada em todas as consultas, isto com o objetivo de detetar hipertensão arterial.

É importante avaliar a pressão arterial, pois, hipertensão na gravidez constitui um grande risco a saúde da mãe e da criança.

Como refere Graça (2010:525), “ a hipertensão arterial na gestação, é diagnosticada, quando um dos seguintes critérios, está presente em duas observações espaçadas, por seis horas: pressão arterial sistólica maior ou igual à 140 mmHg, e pressão diastólica maior ou igual à 90 mmHg”.

Orientações

A pressão arterial da gestante deverá estar nos valores normais, sendo assim a enfermeira deve orienta-la no sentido de manter o valor da pressão arterial, através de hábitos saudáveis, como uma alimentação saudável, com pouca ingestão de sal, de gorduras, e de beber pelo menos 2 litros de água por dia.

Se no caso os valores estiverem fora do normal, ou seja maior ou igual que 140/90mmhg, deve-se orientar o repouso, e manter hábitos de alimentação saudável, como citado anteriormente. Neste sentido é considerado uma gestante de alto risco, podendo suspeitar de pré eclampsia. Logo deve-se encaminha-la ao médico.

Pois refere Carvalho e Figueiredo (2007:28) que “o aumento da tensão arterial sistólica maior ou igual à 30 mmHg acima dos valores iniciais da gestação e aumento da tensão arterial diastólica de 15mmHg acima dos valores pode estar presente hipertensão na gestação”.

Uma gestação de alto risco, na opinião de Melo (2000:13), “ é aquela na qual a vida ou saúde da mãe, e/ou do feto, têm maiores chances de serem atingidas, que as da média da população considerada”.

Uma gestante com valores da pressão arterial elevada corre o risco ter, pré eclampsia/eclampsia, hipertensão crónica ou hipertensão gestacional.

Assim, Pascoal (2002:256), refere que, “pré eclampsia é uma doença hipertensiva peculiar a gestação, que ocorre principalmente em primigestas após a 20ª semana de gestação, mais frequentemente próximo ao termo”.

Hipertensão crónica refere à presença de hipertensão antes da gravidez ou da 20ª semana de gestação (*ibidem*)

Hipertensão gestacional é quando ocorre elevação da pressão arterial durante a gravidez, ou nas primeiras 24 horas após o parto, sem outros sinais de pré-eclampsia ou hipertensão preexistente (*ibidem*)

Palpação obstétrica

A palpação obstétrica tem como objetivo, procurar a apresentação (cefálica ou pélvica) e a situação (longitudinal ou transversal) fetal, através da Manobra de Leopoldo, que é o método utilizado para determinar a situação e apresentação fetal.

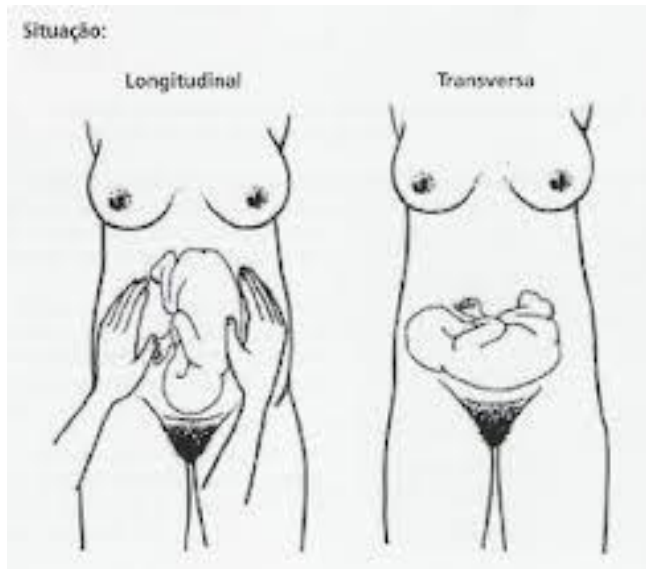


Figura1- Situação Fetal

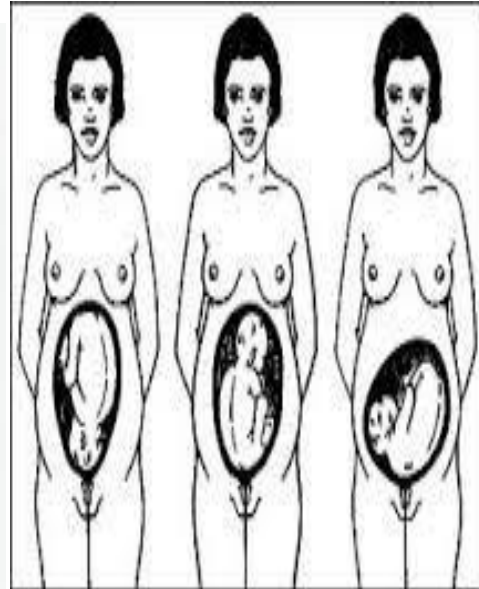


Figura2 – Apresentação Fetal

Fonte: Google imagem – www.google.cv

Rezende (s/data), explica que a manobra de Leopoldo é dividida em quatro tempos:

Delimitação do fundo do útero usando ambas as mãos para deprimir a parede abdominal com as bordas cubitais. As mãos ficam encurvadas, para melhor reconhecer o contorno do fundo do útero e a parte fetal que o ocupa.

Ao deslizar as mãos do fundo uterino para o pólo inferior tenta-se palpar o dorso fetal e os membros.

Tenta-se apreender esse pólo fetal entre o polegar e o indicador da mão direita, imprimindo movimentos laterais para procurar precisar o grau de penetração da apresentação no quadril.

Com as extremidades dos dedos, palpa-se a pelve para tentar reconhecer o pólo cefálico ou o pélvico, e assim, determinar o tipo de apresentação do feto.

Medição Altura Uterina

A altura uterina é outro parâmetro importante para determinar o tempo de gestação e o crescimento do feto.

A medição é feita desde a sínfise púbica até ao fundo uterino, com uma fita métrica, com a gestante em decúbito dorsal.

É fundamental medir a altura uterina, isto porque com ela pode avaliar se está com um aumento excessivo ou diminuído.

Assim Lowdermilk e Perry (2006:265), afirmam que “se altura uterina estiver com um aumento excessivo, significa gestação multifetal, ou hidrâmnios; e se estiver diminuído poderá indicar redução do crescimento intra-uterino”.

Assim sendo é considerada uma gestação de risco, logo encaminha-se a consulta medica.

Quando o feto apresenta crescimento aumentado, suspeita-se de: hidrâmnios ou polidrâmnio, macrossomia fetal, gestação múltipla, mola hidatiforme.

As alterações na quantidade do volume de líquido amniótico, oligo-hidrâmnio e polidrâmnio, são importantes marcadores de complicações na gravidez, estando associados a um incremento nas taxas de morbimortalidade perinatais (Gadelha, 2006).

Hidrâmnio ou polidrâmnio significa excesso de líquido amniótico, desta forma acrescenta Mendes *et al* (1992), que polidrâmnio é todo e qualquer aumento anormal de volume de líquido amniótico.

O aumento do crescimento do feto, pode ser causado pela macrossomia fetal, que é o excesso de peso do recém-nascido, pois na opinião de Silveira *et al*, “é quando o peso fetal ao nascer for igual ou superior à 4000g”.

Já o feto com crescimento diminuído, como citado anteriormente, suspeita-se de oligo-hidrâmnio, e redução do crescimento intra-uterino.

Oligo-hidrâmnio é a deficiência do líquido amniótico, acrescentando Silveira *et al* (2000:53) que “é a redução patológica do volume do líquido amniótico”.

Ausculda dos Batimentos Cardíacos Fetais (BCF)

A ausculda é para avaliar o ritmo e a frequência dos batimentos cardíacos fetais, e é feita com o Pinard, ou o Sonard Doppler.

Procedimento:

Posicionar a gestante, em decúbito dorsal;

Descobrir o abdómen da gestante;

Procurar a parte superior do dorso fetal, através da palpação;

Colocar o Pinard no local do dorso fetal;

Encostar a orelha no Pinard, pressionando levemente a cabeça no Pinard;

Contar os batimentos cardíacos durante 1 minuto (batimento normal 120-160 batimentos por minuto);

A ausculta é feita também com o Sonard Doppler, e o som cardíaco ouve-se através de ondas ultra-sónicas.

Segundo Adatao *et al* (2006:60), “ se o achado do BCF, for inaudível com o estetoscópio Pinard, com IG maior ou igual à 24 semanas; e se estiver com bradicardia ou taquicardia, constitui-se um sinal de alerta”.

Sendo assim é considerado uma gestação de risco, logo é encaminhada ao médico.

Avaliação de edemas

Observar se a gestante apresenta edemas da face, dos membros superiores e inferiores.

Com a gestante sentada ou deitada, avalia a presença de edemas através da inspeção, pressionando com o dedo, a região que apresenta sinal de edemas (face, mão, pernas).

No caso da gestante apresentar edemas, orienta-la a manter o repouso, e marcar uma data de visita muito próxima.

Neste sentido é considerada uma gestante de risco, encaminha-se a consulta médica.

1.8 - Interpretações dos Exames Laboratoriais/Orientações

Grupo Sanguíneo e fator Rh

Este exame é solicitado à gestante, a fim de identificar o seu grupo sanguíneo.

Como afirma Sousa (2012), “tipagem sanguínea é um teste realizado por profissionais de saúde, para estabelecer qual tipo sanguíneo e fator Rh (positivo ou negativo) que um indivíduo possui”.

Consideremos o exposto na Circular normativa da Direção Geral da Saúde em Portugal relativa à profilaxia da isoimunização RH (2007: 1):

Durante a gravidez, o tecido que separa os vasos placentares (onde circula sangue do feto) do espaço intervilo (onde circula sangue materno) vai diminuindo de espessura, permitindo que as trocas de sangue entre mãe e feto vão aumentando até ao termo da gestação. A partir da 6ª semana de gravidez, quando o feto Rh + começa a ter antígeno Rh em circulação, é induzida a produção de anticorpos anti-D, nas grávidas Rh-, ficando estas sensibilizadas. Numa futura gestação, a consequência desta sensibilização será a doença hemolítica perinatal (DHPN), situação responsável por uma morbilidade e mortalidade perinatal significativa. A incompatibilidade do sistema Rh, entre mãe e feto, é responsável por 95% dos casos de DHPN; os restantes 5% estão relacionados com anticorpos irregulares que podem ocorrer mesmo nas grávidas Rh +.

Daqui se depreende que o factor Rh é preocupante na gestação, devido a incompatibilidade sanguínea entre a mãe e o feto. Sendo o Rh da mãe negativo e a do parceiro positivo, solicita-se o teste de Coombs Indireto.

Portanto, a enfermeira explica a gestante, que ela sendo Rh negativo e o parceiro positivo, poderá a criança ser Rh positivo, sendo assim ela terá que tomar a imunoglobulina anti-D (Rogham), 72 horas após o parto, como forma de prevenção da doença hemolítica no recém-nascido (eritroblastose fetal), pois a criança poderá ter complicações, como a anemia, icterícia e possíveis perturbações mentais.

Entre casais, onde o homem é Rh - positivo e a mulher Rh - negativo poderá ocorrer a incompatibilidade de Rh na gestação entre o sangue da mãe e do feto Rh - positivo. A gestante pode produzir anticorpos contra as hemácias do feto que provocam hemólise, resultando em doença hemolítica do recém-nascido ou Eritroblastose Fetal. A hemólise no feto pode provocar anemia e aumentar os valores de bilirrubina no sangue. Na primeira gravidez, raramente surgem problemas, não há um contacto significativo entre o sangue do feto e o da mãe até ao momento do parto. Contudo, em cada gravidez posterior, a mãe fica cada vez mais sensibilizada perante o sangue Rh – positivo, pois para evitar a sensibilização da mãe é aplicada uma injeção de anticorpos anti-Rh na 28.^a semana de gravidez e nas 72 horas posteriores ao parto ou mesmo após um aborto. Se forem feitas medições periódicas das alterações nos valores de anticorpos anti-Rh na mãe por meio de teste de Coombs Indireto. (MERCK, 2013).

Hemograma Completo

Este exame é solicitado para detetar infeções, presença de anemia e alterações nas plaquetas.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define anemia na gestação como uma concentração de hemoglobina (Hb) inferior a 11 g/dl.

Se o resultado da hemoglobina for inferior à 11g/dl, deve-se orientar à gestante a importância em ter uma alimentação rica em ferro (feijão, couve, peixes, entre outros), e manter o suplemento de ferro antes das refeições.

Solicita-se o exame de fezes, para investigação de parasitologia.

Porém, se o resultado, estiver nos valores normais, orientar a gestante a manter uma alimentação equilibrada, e a manter o suplemento de ferro;

O exame de hemoglobina será repetido numa próxima consulta, mas se no caso o valor permanecer inferior à 11g/dl, é considerada uma gestante de risco, e encaminha-se à consulta médica.

Diante do exposto, Cox *et al* cit in Melo (2011:171), afirmam que “a diminuição da concentração do ferro e a consequente diminuição da concentração de hemoglobina circulante podem ocasionar menor oxigenação fetal, acarretando vários graus de hipoxia fetal, determinando: restrição do crescimento intra-uterino (baixo peso); trabalho de parto prematuro.

Glicemia

O teste de glicemia é solicitado para detetar precocemente a diabetes gestacional.

Se os valores permanecerem normais, orientar a gestante a manter uma alimentação equilibrada. Caso contrário, orientá-la a ter uma alimentação saudável, com restrição de doces.

(...) A gestação complicada por diabetes continua a ser uma situação de alto risco obstétrico, tanto materno (hipoglicemia, infeções, eclampsia/pré eclampsia, cesariana), como fetal (macrosomia, traumatismo no parto, asfixia). Clode (2010:554)

VIH- ELISA

O teste tem como finalidade, detetar precocemente o vírus VIH. É um teste muito importante, isto porque se a gestante estiver contaminada com o VIH poderá transmiti-la para a criança, durante a gestação, o trabalho de parto e através da amamentação.

Se o resultado negativo, significa que a gestante está contaminado, mas o teste é solicitado numa próxima consulta.

É feito o aconselhamento pré e pós teste, para que a gestante possa ficar esclarecida sobre a infeção do VIH.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o aconselhamento define-se como: “ [...] um diálogo confidencial entre usuário e profissional de saúde com o objetivo de capacitar o usuário a lidar com situações estressantes e a tomar decisões pessoais relativas às DST/HIV/Sida, incluindo a avaliação dos próprios riscos para as infeções e adoção de prevenção”. (Brasil, 1999:7).

Já na perspetiva de Moreno (2006:38) “O aconselhamento torna-se instrumento na área de saúde que visa a atender às necessidades de pessoas que procuram ajuda para

resolver, em tempo relativamente breve, problemas que não têm necessariamente profundas determinações psicológicas”.

Acrescenta Filgueiras *et al* (s/data:4), afirma que “o aconselhamento é um instrumento importante para a quebra da cadeia de transmissão das DST e HIV/Aids na medida em que propicia uma reflexão sobre os riscos de infecção e a necessidade de sua prevenção.

Aconselhamento pré teste

Deve-se informar à gestante o motivo da realização do teste, que este é para detetar precocemente o vírus VIH, pois é um vírus infecto-contagioso, transmitido sexualmente, transfusão sanguínea, sangue contaminado, transmissão vertical (mãe-filho) durante o parto e amamentação.

Aconselhamento pós teste

No caso do resultado for negativo, faz-se o reforço à gestante sobre práticas sexuais seguras, incluindo o uso correto do preservativo, informando-a sobre as DST e VIH quanto a sua forma de transmissão, prevenção.

Se o resultado positivo, comunica-se o resultado à gestante, deixando-a expressar seus sentimentos, explicando-a que estando com o VIH não significa que ela tenha SIDA, que seguirá o tratamento com anti-retrovirais; estimular a sua auto-estima; esclarecer sobre os mitos relacionados ao VIH/ SIDA; informar de que não terá um parto normal, devido ao risco de transmissão vertical (mãe/filho), mas sim o parto será feito por cesariana; explicar também que não poderá amamentar a criança, porque é outra forma de transmissão; informar sobre possíveis complicações para ela e a criança se não fazer o tratamento; explicar o uso correto do preservativo, recomendando práticas sexuais seguras; dar apoio emocional.

A gestante com VIH/SIDA é considerada de risco, pelo que deve-se fazer o encaminhamento médico, portanto consta no Manual de Procedimentos de Saúde Reprodutiva (2008:48), “ de que uma gestante com sorologia VIH positivo, é encaminhada às 34 semanas de gestação, ao hospital, para realização de cesariana, pois para que o atendimento seja agilizado, deverá a Delegacia de Saúde, comunicar com antecedência ao hospital através, do envio periódico (semanal, quinzenal ou mensal) da lista dos nomes das

gestantes com VIH positivo, indicando o tempo de gestação atual e a data provável do encaminhamento da gestante à Maternidade.

VDRL

É o exame que indica se a gestante está ou não infetada com sífilis.

Sífilis é uma doença de transmissão sexual (DST) causada por uma espiroqueta negativa, o *Trepanossoma pallidum*, pois o curso da doença não é alterado pela gestação, mas a passagem transplacentária da bactéria pode ocorrer em qualquer fase da gestação e em qualquer estágio da doença. Graça (2010:490)

Perante a negatividade do exame, informar a gestante que o teste foi negativo, e orientá-la sobre a prevenção das DST, através do uso do preservativo.

Se o resultado for positivo, informar à gestante, que se trata de uma doença infecto contagiosa, portanto terá de manter práticas sexuais seguras, de que o parceiro terá de fazer o teste, então solicita-se o teste ao companheiro, porque todas as DST os parceiros sexuais devem ser avaliados e tratados. Assim a gestante é encaminhada à consulta médica, como gestante de risco.

Sendo o resultado do companheiro positivo, informar sobre o resultado, e fazer aconselhamento ao casal sobre a proteção durante as relações sexuais, e ao acompanhamento médico.

Urina/ proteinúria

Estes dois exames de urina (urocultura e proteinúria), são solicitados à gestante para detetar infeção ou problemas do trato urinário, pois Guerra *et al* (2012:489), afirma que “durante a gravidez, há uma série de alterações fisiológicas no organismo materno que leva a maior predisposição à infeção urinária e suas complicações”.

A urocultura é para detetar presença de microrganismo na urina, enquanto a proteinúria é para detetar presença de proteínas na urina.

O resultado da urocultura sendo positivo, informar a gestante o resultado, explicando que ela está com infeção urinária, e que necessita de mais ingesta hídrica, comunicar o cuidado com a higiene pessoal incluindo a higiene íntima, e que esta deverá ser feita na direção de frente para traz. Logo faz-se encaminhamento ao médico.

O resultado da proteinúria conforme o Manual do Caderno AISM, é expresso em sinais de “-”, e “+”, (----) a (++++), conforme a quantidade de proteínas excretadas pela

urina. Se o resultado for (++++-) ou mais encaminhar para a consulta médica, e se for (+++++) sem hipertensão arterial, pode ser sinal de eminência de pré eclampsia, pelo que deve ser orientada com urgência.

Hepatite B

Este exame é para detetar o vírus da hepatite B na gestante. Se resultado negativo, comunicar à gestante e orienta-la a ter práticas sexuais seguras, com o uso correto do preservativo. Caso for positivo informar á gestante o resultado, que se trata de uma doença infecto contagiosa, transmitida por contacto sexual, sangue contaminado, transfusão sanguínea e transmissão vertical (mãe-filho). Deve-se aconselhar ao uso correto do preservativo durante as relações sexuais; orientar quanto a importância em seguir com o tratamento médico.

Pois a gestante detetada com o vírus da hepatite B é considerada de risco, logo é encaminhada ao médico.

O vírus da Hepatite B é um DNA vírus constituído por um núcleo e uma superfície, com os quais estão relacionados determinados antigénio e respetivos anticorpos, e sua transmissão por via parentérica, contacto sexual ou transmissão vertical. Pinto e Passos (2010:501).

Ainda as mesmas autoras realçam que “a principal preocupação relativamente ao vírus da hepatite B durante a gestação, é a potencial transmissão ao feto, por via transplacentária e através do contacto com o sangue e fluidos maternos no momento do parto”.

Exsudado Vaginal

É o exame que indica se a gestante está com fungos ou infecção vaginal. O exame apresenta-se com infecção, caso encontrar presença gram negativo e gram positivo.

Pinto e Passos (2010:488), argumentam que “ quanto mais cedo na gestação o exsudado, for efetuado, menor é o seu valor preditivo, e que o intervalo máximo entre a realização do exsudado e o parto deverá ser de 5 semanas”.

Ecografia

É o exame de extrema importância, isto porque este exame poderá dar muitas indicações durante a gestação: diagnóstico da gestação, determinação da idade gestacional, número de fetos, sua apresentação e posição, localização da placenta e diagnóstico de algumas malformações fetais. Manual Caderno AISM (2004).

Se o resultado estiver na normalidade, comunicar à gestante que está tudo bem com a criança, caso contrário, esclarecer a anormalidade e encaminhar ao médico.

1.9-Vacinação Antitetânica

A imunização é para a prevenção do tétano no recém-nascido e para a proteção da gestante.

O Ministério da Saúde recomenda no Manual do Caderno da AISM, de vacinar a gestante contra tétano a partir das 16 semanas (cumprir o calendário de vacinação contra o tétano, para mulheres em idade fértil – 5 doses para toda a vida). Pedir cartões antigos de vacinação ou de seguimento pré natal, para atualização da informação sobre as doses já tomadas.

Figura 3 - Calendário Nacional de Vacinação na Gestante e nas Mulheres em Idade Fértil (15-49 anos)

Doses	Intervalo Mínimo	Proteção	Duração da Proteção
1º Dose	-----	0	0
2º Dose	4 Semanas após a 1º dose	80%	3 Anos
3º Dose	6 Meses após a 2º dose	95%	5 Anos
4º Dose	1 Ano após a 3º dose	99%	10 Anos
5º Dose	1 Ano após a 4º dose	99%	Toda a vida
A primeira dose é dada no primeiro contacto. Consiste em 5 doses de 0,5 ml, aplicada por Via Intramuscular, na região Deltóide Esquerda.			

Fonte: Manual Técnico Operacional do Programa Alargado de Vacinação de Cabo Verde, Ministério da Saúde (2008:22)

1.10 - Ações educativas realizadas na Consulta Pré-natal

As ações educativas realizadas na consulta pré-natal são as atividades, de educação em saúde, no sentido de preparar e orientar a gestante, para uma gestação mais segura e saudável.

Neste sentido, Rios *cit in* Sousa *et al* (2011:200), afirma:

É durante o pré-natal, que um espaço de educação em saúde deve ser criado, a fim de possibilitar o preparo da mulher para viver a gestação e o parto de forma positiva, integradora, enriquecedora e feliz. Neste momento, entende-se que o processo educativo é fundamental não só para a aquisição de conhecimento sobre o processo de gestar e parir, mas também para o seu fortalecimento como ser e cidadã.

No seu livro, Rezende (2001:261) refere que eis sinteticamente o que mira a assistência pré- natal:

Orientar os hábitos de vida (dieta, atividade física, vestuário), o que constitui a higiene pré-natal

Assistência psicológica, ajudando a resolver conflitos e problemas;

Preparação para a maternidade, tanto no sentido de formação para o parto, como ensinando noções de puericultura;

Diagnostico e tratamento de doenças preexistentes e que complicam ou agravam a gestação e o parto;

Profilaxia, diagnóstico e tratamento de patologias próprias da gestação.

Conforme o Caderno AISM, durante o pré-natal as gestantes devem receber informações (Conselhos IEC), feitas de acordo com a idade gestacional, sobre os seguintes temas:

- Seguimento pré natal
- Queixas gravídicas frequentes;
- Sexualidade segura e DST;
- Sexualidade durante a gravidez;
- Tabagismo/ Álcool e outras drogas;
- Cuidados com a higiene pessoal;
- Nutrição da grávida;
- Vacinação da grávida
- Planeamento familiar;
- Preparação para o parto;
- Seguimento pós natal;
- Aleitamento materno
- Seguimento da criança.

- **Seguimento pré natal** – explicar a gestante, quanto a importância em seguir com as consultas pré natais, no sentido de acompanhar o desenvolvimento e evolução da gestação, de forma a prosseguir com uma gestação saudável.

- **Queixas gravídicas frequentes:**

Náuseas e vômitos, enjoos – explicar à gestante que esses sintomas são normais no início da gestação; que evite estar muito tempo sem alimentar; orienta-la a fazer pelo menos 6 refeições diárias, evitando alimentos gordurosos e picantes, que provocam tais sintomas.

Desejo alimentares - explicar que é um sintoma comum da gestação, que pode satisfazer seu desejo, excepto se for algo fora do normal e que prejudique sua saúde e a da criança.

Azia - orientar a gestante a fazer uma alimentação saudável, com restrição de alimentos gordurosos, e alimentos que possam provocar tal sintoma.

Sialorreia (salivação excessiva) – orientar a gestante à fazer uma alimentação fraccionada, evitando alimentos gordurosos, e que este é um sintoma normal da gestação.

Corrimento vaginal – explicar a gestante que durante a gestação, é normal o aumento do corrimento, excepto se tiver alteração de cor, cheiro ou, prurido.

Urgência/Aumento da frequência urinária – explicar que é normal o aumento das micções durante a gestação, e que comunique se acompanha de disúria.

Cefaleia (dor de cabeça) – orientar à gestante ao relaxamento, e que comunique, se a cefaleia for intensa e persistente, para despiste de pré eclampsia.

Dor dorsal, lombar e pélvica – orientar à gestante a manter postura correta, a usar calçados adequados e confortáveis e alerta-la se as dores forem intensa e persistente que não fique em casa e procure o Centro de saúde mais próximo.

Dispneia (falta de ar) – explicar que durante a gestação, é comum sentir falta de ar, devido ao aumento uterino; orienta-la à manter uma postura correcta; fazer repouso em decúbito lateral.

Insónia – orientar à gestante quanto ao relaxamento, através de massagens lombares e dorsal, e que use almofadas para apoiar partes do corpo.

O Ministério da Saúde, recomenda no caderno de AISM, que se a gestante deve ser informada de que se tiver perda de sangue; perda de líquido; dores de cabeça intensas; dor

de estômago; ataques e dores fortes no pé da barriga, que dirija-se ao Centro de Saúde ou Hospital mais próximo.

- **Sexualidade segura e DST** – informar à gestante a importância de usar o preservativo durante as relações sexuais, para prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), isto porque durante a gestação qualquer infecção pode trazer complicações para a mãe e a criança.
- **Sexualidade durante a gravidez** – explicar que deve manter a sua atividade sexual normal, exceto se for uma gravidez de risco com repouso absoluto.
- **Tabagismo/ Álcool e outras drogas** – orientar à gestante, que durante a gestação, o uso dessas substâncias, representa grande risco à saúde materna e fetal; aconselha-la a não frequentar ambientes onde permanecem fumantes.
- **Higiene pessoal** – orientar à gestante a importância de fazer higiene corporal diariamente, porque na gestação a mulher tende a transpirar mais do que o habitual; estar sempre com as unhas limpas e cortadas; explicar a forma correta da higiene íntima, que esta deve ser feita de frente para traz, devido a transporte de microrganismos; aconselhar a usar roupas confortáveis; importância em fazer a higiene oral diariamente, para prevenção da gengivite.
- **Nutrição da grávida** – orientar à gestante a manter uma alimentação saudável, evitando o excesso de açúcar, sal e de gorduras; fazer diversas refeições ao dia, evitando comer muito numa só refeição, variando nos alimentos; e a ingerir alimentos rico em ferro (feijão, legumes, peixes, carnes, entre outros).
- **Vacinação da grávida** – explicar à gestante sobre a importância da vacina, que esta é para a imunização contra o tétano neonatal, e para ficar completamente vacinada deve tomar 5 doses.
- **Planeamento familiar** – aconselhar a gestante, a fazer o planeamento familiar, após a consulta pós parto, isto para que não corra o risco de uma gravidez indesejada.
- **Preparação para o parto** – deve-se orientar à gestante que durante o trabalho de parto, a dor é devido às contracções uterinas, isto por causa da dilatação do colo uterino, preparando para a expulsão do feto; no momento de dor que procure respirar profundamente, sem estar agitada o que poderá dificultar a oxigenação do bebé; comunica-la sobre a preparação do enxoval do bebé, o necessário para levar a maternidade, não esquecendo do caderno AISM.

- **Seguimento pós natal** – aconselhar a gestante, que 1 mês após o parto deverá fazer a sua consulta pós parto, para verificar o estado do colo uterino, mucosas, e infecções; aconselhar a reiniciar as relações sexuais após a consulta pós parto.
- **Aleitamento materno** – cabe a enfermeira fazer a preparação para a amamentação, estimulando a gestante ao aleitamento materno exclusivo até aos seis meses; explicar que o leite materno é à melhor para a criança, e deve ser oferecido sempre que a criança quiser, que não deve oferecer a criança nenhum outro tipo de líquido (chá, água, leite), porque o leite materno possui todos os nutrientes necessários para o desenvolvimento e crescimento da criança, protege a criança de doenças (diarreias, infecções respiratórias); mostrar a posição correta de amamentar; e que amamentar é a melhor forma de criar laços afetivos mãe-filho.
- **Seguimento da criança** - comunicar à gestante, que após o nascimento da criança, esta deve ser acompanhada no seu crescimento, desenvolvimento psicomotor e saúde, sempre que ela completar meses, para avaliar o seu estado nutricional, receber vacinas para imunização de certas doenças que afetam as crianças; e que cumpre a data das visitas feitas pela enfermeira.

1.11 - Diagnóstico de Enfermagem NANDA, constatadas durante a consulta pré-natal

Nutrição alterada: ingestão menor que as necessidades corporais

Características definidoras – relato de ingestão inadequada de alimentos, menos que a porção diária recomendada, relacionada com náuseas e vômitos; não consegue alimentar.

Constipação

Característica definidora – dificuldade na eliminação de fezes endurecidas; esforço para evacuar, relacionada com ingesta de alimentação inadequada.

Eliminação urinária alterada

Característica definidora – disúria e frequência urinária aumentada, relacionada com infecção do trato urinário.

Disfunção sexual

Características definidoras – relato de dificuldades, limitações na actividade sexual, relacionado com alterações na estrutura do corpo (gestação e puerpério).

Distúrbio no padrão de sono

Características definidoras – queixas verbalizadas de dificuldades para adormecer, acorda mais cedo que a hora desejada, relacionada com a necessidade de mudar de posição.

Dor

Característica definidora – comunicação verbal de dor (cefaleia, dor abdominal, lombar), relacionada à gestação.

Ansiedade

Característica definidora – preocupação, nervosismo, relacionada à gestação.

Intolerância a atividade

Característica definidora – relato verbal de dificuldades para realizar atividades de rotina, relacionada ao aumento abdominal.

Fadiga

Característica definidora – verbalização de falta de energia, aumento de queixas físicas, relacionado com estados de desconforto.

1.12 - Importâncias das intervenções enfermagem no Pré-natal

As intervenções de enfermagem no período pré-natal são de extrema importância, isto porque através dessas intervenções a enfermeira consegue detetar situações de risco que possam surgir, durante a gestação, atuando ao nível de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Neste sentido, a intervenção de enfermagem no período pré-natal é importante, pois reduz a mortalidade materna e perinatal, visto que muitas patologias no período gestacional e puerperal, podem ser tratadas e/ou controladas, evitando-se situações de risco, já que um pré-natal de qualidade, certamente, orientará no sentido de se evitar problemas (OBA, 2000).

A consulta de enfermagem é de suma importância, pois tem como finalidade garantir a melhoria da qualidade pré-natal, por meio de acções preventivas e promocionais às gestantes (...) (Rios 2007).

Conforme Shimizu e Lima (2009) “a consulta de enfermagem é um instrumento de suma importância, pois sua finalidade é garantir a extensão da cobertura e melhoria da qualidade pré-natal, principalmente através da introdução das ações preventivas e promocionais às gestantes. Além disso, tal procedimento é visto como um espaço de acolhimento, onde se possibilita o diálogo, com livre expressão de dúvidas, de sentimentos, e de experiências (...)”.

A realização de ações educativas no decorrer de todas as etapas do ciclo grávido-puerperal é muito importante, mas é no pré-natal que a mulher deverá ser melhor orientada para que possa viver o parto de forma positiva, ter menos riscos de complicações no puerpério e mais sucesso na amamentação (RIOS e VIEIRA 2007).

Com vistas à redução da morbi-mortalidade materna e fetal, durante as consultas de enfermagem, além da escuta e do diálogo estabelecido com a gestante, são realizados procedimentos técnicos de rotina, tais como medida da pressão arterial, peso, cálculo da idade gestacional, ausculta de batimentos cardíacos fetais e medida da altura uterina, que são registrados no histórico de enfermagem e na carteira da gestante (Landerdahl 2007).

CAPÍTULO II – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

2.1 - Metodologia

A metodologia é fundamental para a realização do trabalho de investigação, pois explica os métodos a serem aplicados no trabalho, perspectivando Rodrigues (2011:2), que “metodologia é um conjunto de abordagens técnicas e processos utilizados pela ciência para formular e resolver problemas de aquisição objetiva do conhecimento de maneira sistemática”.

2.2 - Procedimentos Éticos

No seu livro, Fortin (2003:114) refere que “ ética é um conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos, e que estes se inspiram para guiar a sua conduta”.

As gestantes concordaram em participar do estudo, onde tomaram conhecimento através do consentimento livre e esclarecido, foram informadas e esclarecidas sobre a participação do estudo, podendo desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

2.3 - Tipo de estudo

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa e quantitativa, pois “o método de investigação quantitativa é um processo sistémico de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador.”Fortin (2003:22).

A metodologia qualitativa “o investigador que utiliza o método de investigação qualitativa (...) observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tal como se apresentam, sem procurar controla-los”. (*ibid*).

Mas Fonseca (2002: 20) refere:

Diferentemente da pesquisa qualitativa, os resultados da pesquisa quantitativa podem ser quantificados. Como as amostras geralmente são grandes e consideradas representativas da população, os resultados são tomados como se constituíssem um retrato real de toda a população alvo da pesquisa. A pesquisa quantitativa se cetera na objetividade.

Esta pesquisa caracteriza por ser uma pesquisa descritiva e transversal, perspectivando Gil (2008), que “estudo descritivo, descreve as características de uma determinada população ou fenómeno. Uma das suas peculiaridades está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como, o questionário e a observação sistemática”.

Já na opinião de Almeida (1996:104), “ tal pesquisa descreve, regista, analisa e ordena os dados, sem manipula-los, isto é, sem interferência do pesquisador (...). Assim, para coletar tais dados, utilizam-se técnicas específicos, dentre os quais, destacam-se a entrevista, o formulário, o questionário, o teste e a observação”.

É de carácter transversal, isto porque o questionário foi aplicado num momento único.

O inquérito transversal consiste em examinar um ou vários cohortes em relação com fenómenos presentes num dado momento. Fortin (2003:170)

2.4 - Campo Empírico

O campo empírico ou o meio é o local onde o estudo foi realizado, realçando Fortin (2003:132), que “o meio é onde o estudo será conduzido e justifica a sua escolha”.

O local onde o estudo foi realizado, foi o Centro de Saúde de Ribeirinha, pois neste local frequentam a população desejada para o estudo.

2.5 - População e Amostra

Segundo Gil (2008:89) população é “o conjunto definido de elementos que possuem determinadas características”.

Já Fortin (2003:203), refere que “a população alvo, é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção, definidos antecipadamente, e para os quais o investigador deseja fazer generalizações”.

Dessa forma a população definida para esse estudo é constituída pelas gestantes que dirigem ao Centro de Saúde de Ribeirinha, para a consulta pré-natal.

A amostra é um subconjunto de uma população, ou de um grupo de sujeito, que fazem parte, de uma mesma população Fortin (2003:203), então a amostra é constituída por 40 gestantes, que dirigem ao CSR.

2.6 - Instrumentos e Coleta de Dados

Para este estudo, o instrumento para coleta de dados foi o questionário. Marconi e Lakatos (2003:201) definem questionário como sendo “um instrumento de coleta de dados, constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador”.

Acrescenta Fortin (2003:249) que “ o questionário é um dos métodos de colheita de dados, que necessita de respostas escritas por parte dos sujeitos”.

Escolheu-se o questionário, porque as participantes sentem-se mais seguras, e mais liberdade em responder as questões.

O questionário encontra-se constituído por 4 partes, onde a primeira parte caracteriza a amostra em estudo, a segunda parte encontra-se a interação entre a (o) enfermeira (o) e a gestante na consulta pré natal, a terceira aborda os exames e procedimentos realizados no pré natal, e a última parte aborda as orientações recebidas da enfermeira durante a consulta pré natal. As questões do questionário são do tipo fechado, de escolha múltipla e dicotómicas.

Algumas das questões do questionário foram adaptadas de um estudo de Santana (2011).

2.7 - Plano de Amostragem

O plano de amostragem, segundo Fortin (2003:202), “fornece os detalhes sobre a forma de proceder relativamente à utilização de um método de amostragem para um dado estudo”.

O plano de amostragem presente neste estudo trata-se de uma amostra não probabilística e acidental.

Assim Fortin (2003:208) explica que “ a amostragem não probabilística é um procedimento de seleção, segundo o qual, cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra. Na amostra acidental, os sujeitos são incluídos no estudo à medida que estes se apresentam num local preciso”.

CAPÍTULO III - FASE EMPÍRICA

3.1 - Identificação do Local em Estudo – Centro de Saúde de Ribeirinha



O Centro de Saúde Ribeirinha é um serviço que foi inaugurado ao 10 de Julho de 2007 pela Presidente da Câmara Municipal de São Vicente Dra. Isaura Gomes, com a abertura oficial no dia 28 de Julho de 2008, pelo Ministro da Saúde Dr. Basílio Mosso. Atualmente conta com a Delegada de Saúde Dra. Arianá Mota Monteiro e a Superintendente de Enfermagem Enfermeira Anete Lopes Ramos, com o Diretor Clínico Dr. Amílcar Duarte e a Enfermeira Chefe de Serviço Fernanda Duarte.

Situa-se na Ribeirinha, rua 1, atrás do Centro Prisional de São Vicente, na qual encontra-se aberto de segunda à sexta com horário das 8h às 18 horas. Este Centro veio dar resposta às necessidades das comunidades de Ribeirinha, Ribeira Bote, Vila Nova, Lombo de Tanque.

3.2 - Apresentação, Análise e Discussão de Resultados

Os dados obtidos no inquérito por questionário, portanto serão analisados e interpretados, para dar resposta à questão em investigação. Para o tratamento e análise de dados, neste estudo de investigação, utilizou-se o Microsoft Office Excel 2007. A apresentação dos resultados foi feita através de gráficos e quanto aos dados estatísticos, foram efetuados através da análise estatística descritiva, pois segundo Fortin (2003:330) “a apresentação dos resultados provêm dos factos observados, no decurso da colheita de dados; estes factos são analisados e apresentados de maneira a fornecer uma ligação lógica do problema de investigação proposto”.

Ainda a autora afirma que “a análise dos dados de qualquer estudo, que comprove valores numéricos, começa pela utilização de estatísticas descritivas, que permitem escrever as características, da amostra na qual os dados foram colhidos (...)”.

3.3 - Caracterização da amostra

Faz parte dessa análise, a Idade, Habilitações literárias e a Nacionalidade. O questionário foi aplicado à 40 (quarenta) gestante, todas de Nacionalidade Cabo-verdiana, das quais 13 (treze) (32%), encontram-se na faixa etária de 17 (dezassete) aos 20 (vinte) anos; 17 (dezassete) (43%) estão compreendidas entre 21 (vinte e um) aos 30 (trinta); e as restantes são 10 (dez) (25%) que encontram-se entre os 31 (trinta e um) aos 39.

O retrato demográfico das gestantes inquiridas, conforme demonstram os gráficos, permitiu obter as seguintes análises:

Gráfico 1- Nacionalidade

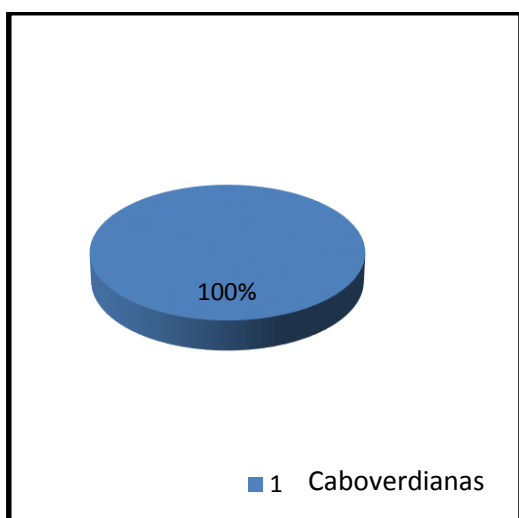
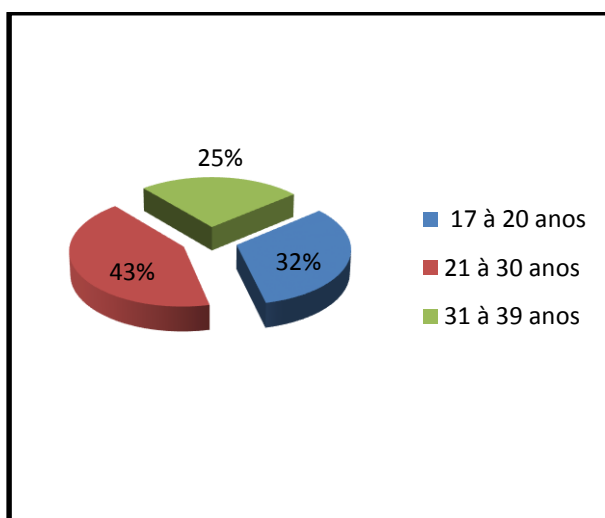


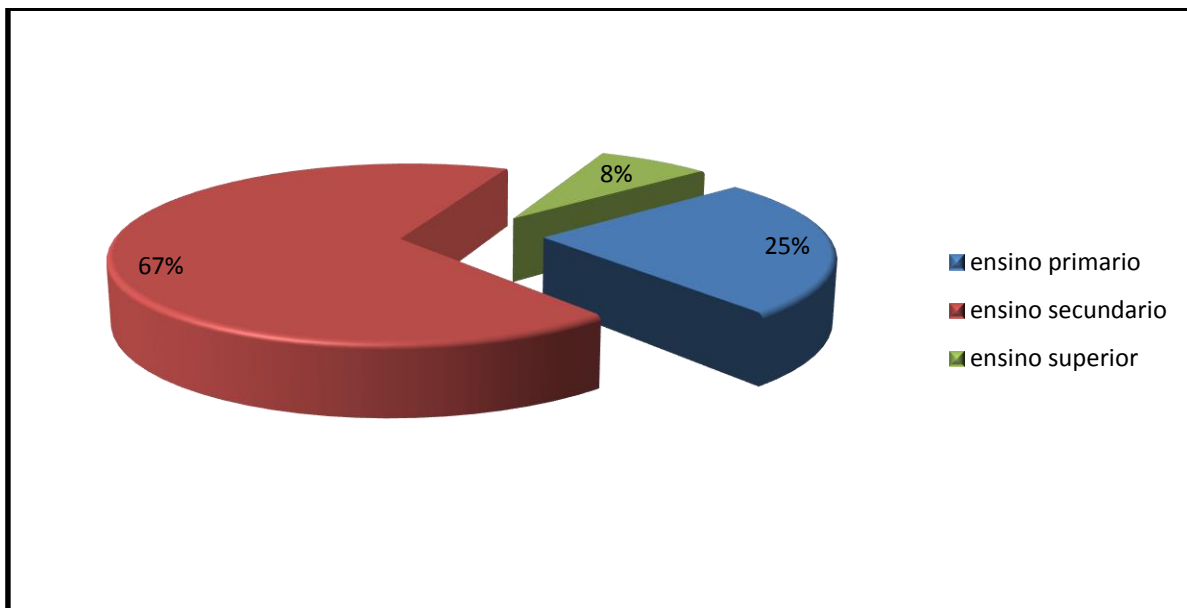
Gráfico 2 - Idade



Observa-se no gráfico 1, que toda a amostra é de nacionalidade Cabo-verdiana.

No gráfico 2 pode-se verificar que a amostra foi constituída por 40 gestantes com idade variando entre os 17 e 39 anos, onde 32% estão na faixa etária dos 17 aos 20 anos; 43 % entre os 21 aos 30 anos e 25% dos 31 aos 29 anos.

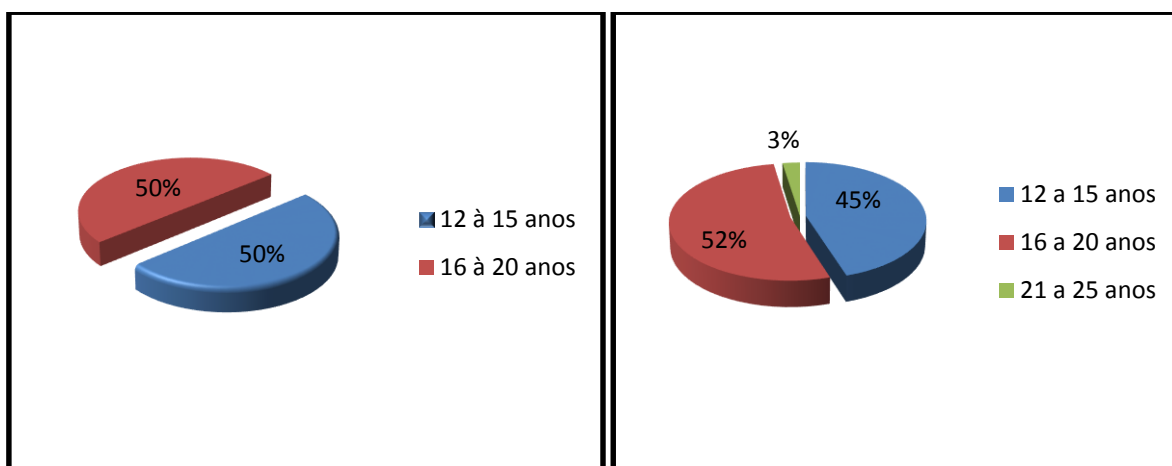
Gráfico 3 – Grau de Escolaridade



No gráfico 3 pode-se observar, que 25% frequentaram o ensino primário, 67% ensino secundário e 8% ensino superior.

Gráfico 4 – Idade da Menarca

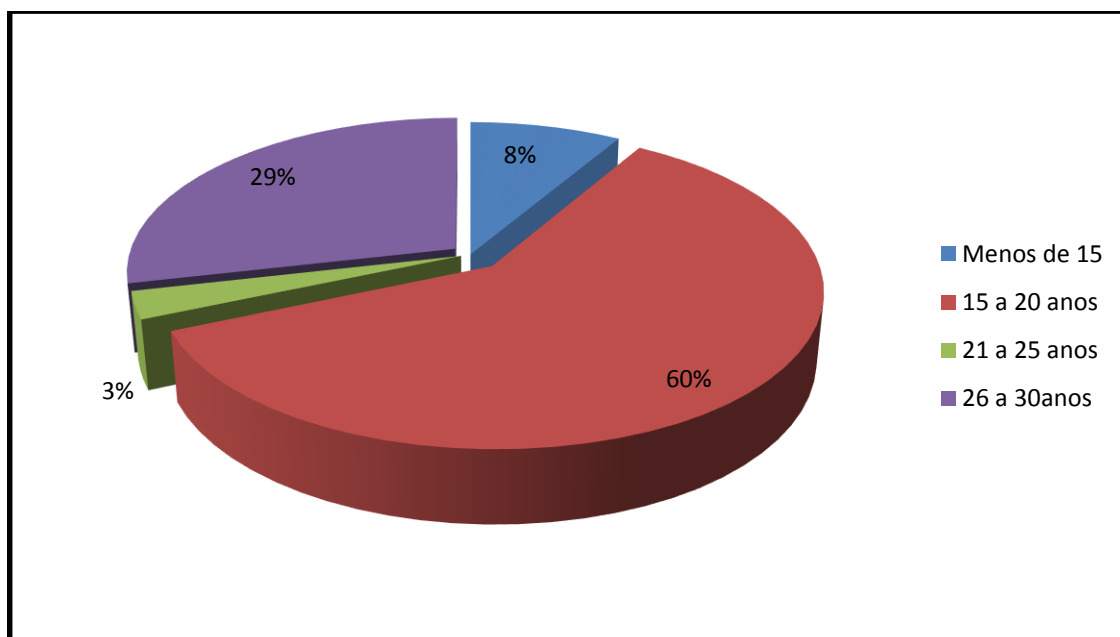
Gráfico 5 – Idade 1º relação sexual



Em relação a idade da menarca, verifica-se que, 50% das gestantes tiveram-na na faixa etária dos 12 aos 15 anos e a outra metade dos 16 aos 20 anos. No gráfico 5, mostra que, 45% iniciaram a vida sexual numa faixa etária de 12 aos 15 anos, 52% de 16 aos 20 anos e 3% dos 21 aos 30 anos.

Analisando estes dois gráficos, verifica-se, semelhança dos resultados entre a idade da menarca e da primeira relação sexual, e conclui-se que quanto mais cedo a idade da menarca, assim dá-se o início da relação sexual.

Gráfico 6 – Idade do 1º filho



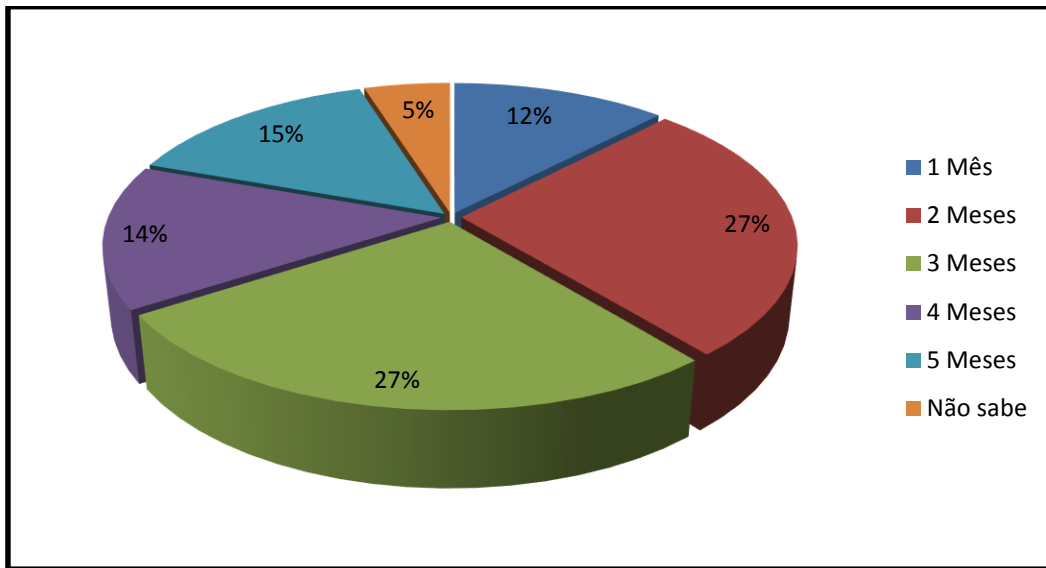
Em relação a faixa etária de ocorrência da idade do primeiro filho, aponta que 60% das participantes tiveram o primeiro filho entre os 15 aos 20 anos, 8% com menos de 15 anos, 29% de 26 aos 30 anos e a minoria de 3% entre os 21 aos 25 anos.

Observa-se que na faixa etária da idade do primeiro filho, que a maioria teve o primeiro filho entre os 15 aos 20 anos, o que é de realçar, que nesta fase ainda da adolescência, é um fator que muitas vezes leva a adolescente á não procurar serviços de saúde para o controlo pré natal devido á timidez, pois durante o ensino clínico deparei com situações de adolescentes que deram entrada no Centro de Saúde com gestação avançada, acompanhadas de tias/avós, relatando que estavam com “vergonha” de procurar o CS.

Neste contexto, Sabroza et al. (2004) relacionam “a adesão das gestantes adolescentes aos serviços de pré-natal com os fatores emocionais das mesmas e o sentimento que essa gestação representa para a adolescente”.

Spindola e Silva (2009) relacionam alguns aspetos ao início do acompanhamento tardio no pré-natal durante a gestação nesta faixa etária, como o reconhecimento e a aceitação da gravidez, o apoio e o relacionamento com os familiares e a dificuldade do agendamento da primeira consulta no pré-natal.

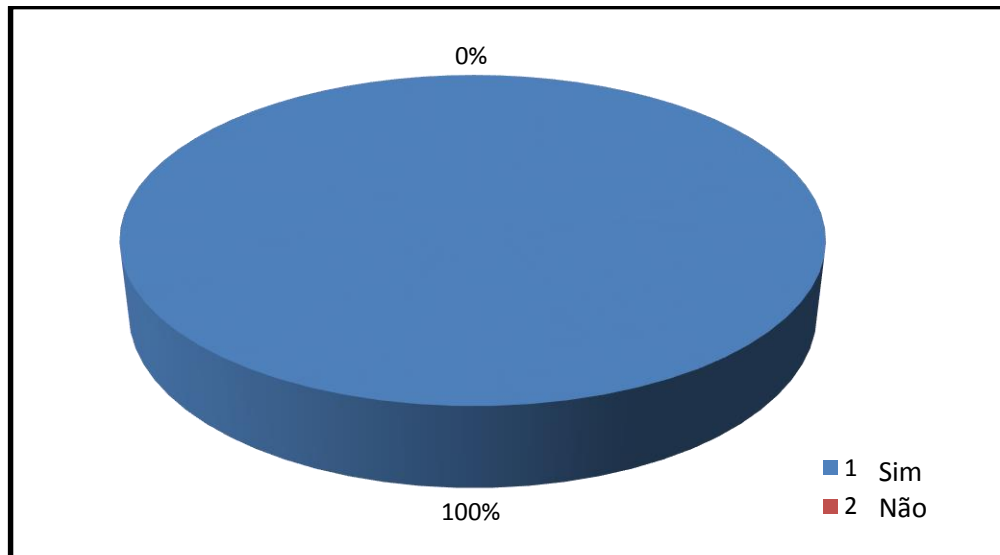
Gráfico 7 - Meses gestação que fez a primeira consulta pré natal?



Foram questionadas com quantos meses de gestação fizeram a primeira consulta pré natal, 66% responderam entre os 1 à 3 meses, ou seja 12% de 1 mês, 27% aos 2 meses, e 27% aos 3. Pode-se concluir que a maioria, fizeram a primeira consulta no período desejado, ou seja no primeiro trimestre que corresponde à mais ou menos 12 semanas.

Considera-se relevante, o facto das gestantes terem realizadas a primeira consulta pré-natal até às 12 semanas, pois quanto mais cedo a sua realização, há maiores chances de detetar precocemente situações de risco.

Gráfico 8 – Durante a consulta pré natal a (o) enfermeira conseguiu esclarecer suas dúvidas



É relevante o facto de que 100% da amostra, ficaram com suas dúvidas esclarecidas. Conclui-se que, a Acção de enfermagem é feita com qualidade, ou seja com competências e habilidades qualificada para a prestação de cuidados de enfermagem à gestantes.

Para Baraldi et al. (2007), “a adesão das mulheres ao pré-natal está relacionada com a qualidade da assistência prestada pelos serviços e profissionais de saúde”.

Gráfica 9 - Na consulta pré natal foi pesada?

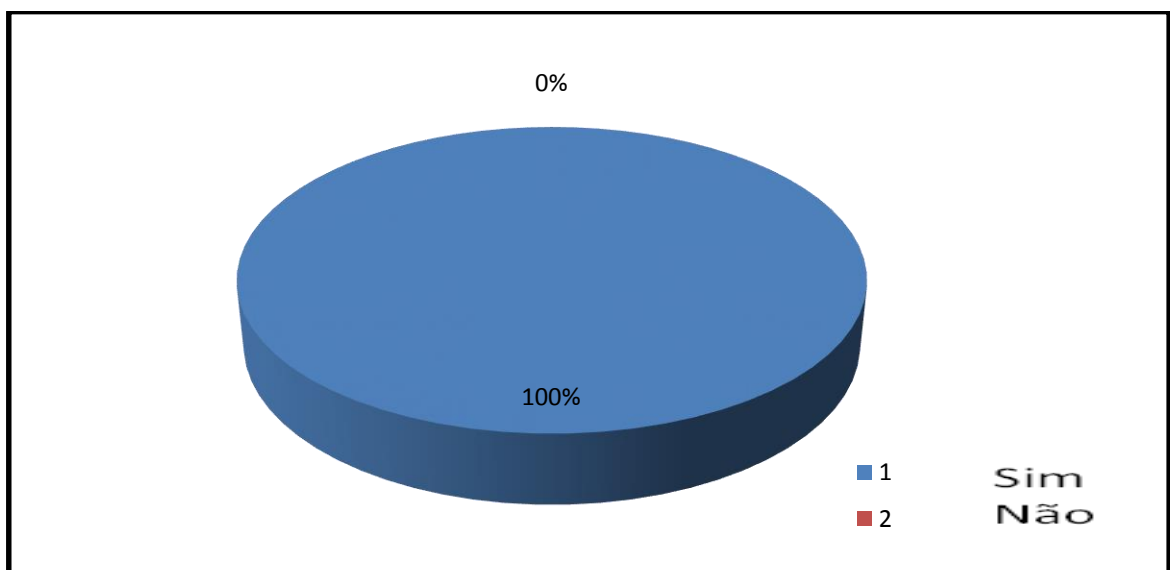
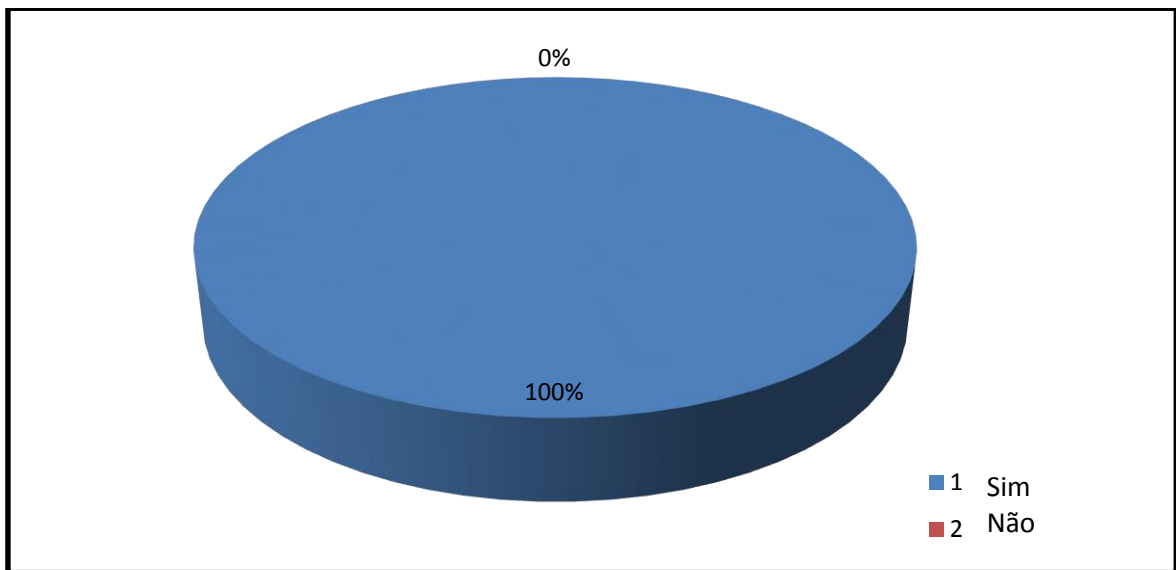


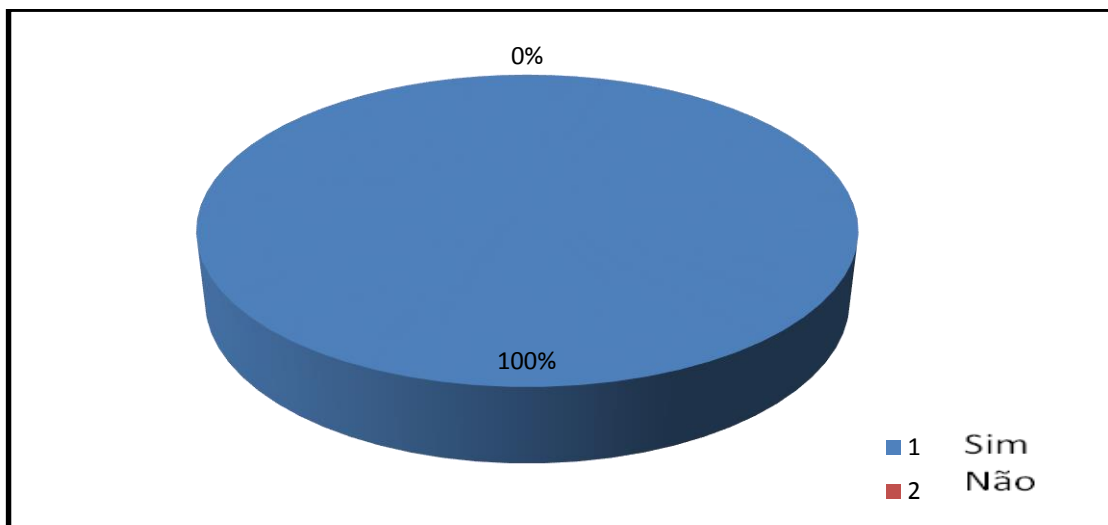
Gráfico 10 – Mediram a sua pressão arterial?



Constata-se que 100% das gestantes foram avaliadas o peso e a pressão arterial, que constituem dois pontos importantes nas intervenções realizadas na consulta pré natal, pois Sato e Fujimori (2012), explicitam que “avaliar o estado nutricional no início da gestação é imprescindível para se detetar gestantes em risco nutricional, seja com anemia, baixo peso ou sobrepeso/obesidade, projetar risco de resultados gestacionais adversos, determinar recomendações adequadas de ganho de peso e realizar orientação nutricional adequada para cada caso”.

Ainda Oliveira (2000:59) refere também que “a doença hipertensiva especifica da gestação, ainda na actualidade, continua sendo responsáveis por elevadas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal”.

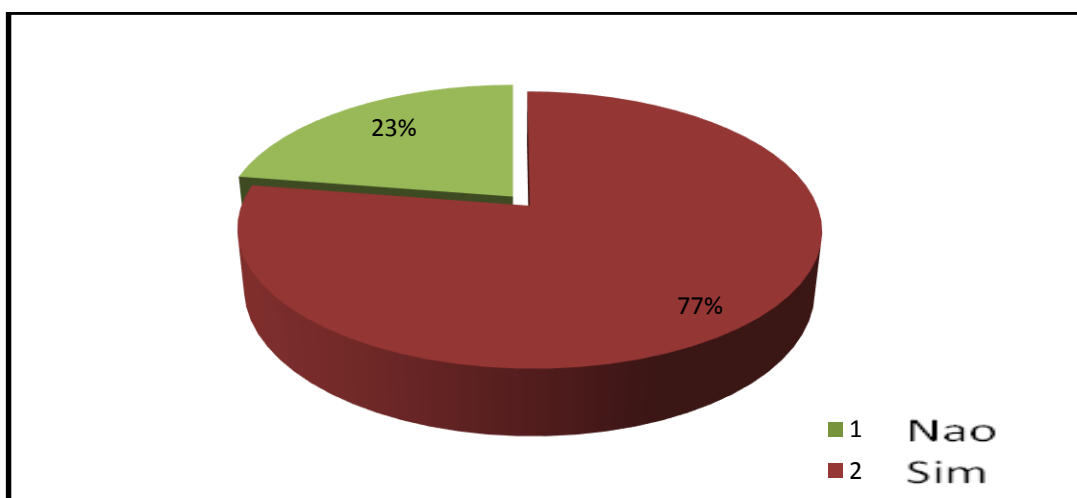
Gráfico 11 – Foi feita alguma solicitação de exames?



Em relação à solicitação de exames, 100% das gestantes foram solicitadas exames realizados na consulta pré natal, que constitui outro ponto importante nas ações de enfermagem durante a consulta pré natal, porque com a realização de exames laboratoriais, é possível identificar e reduzir problemas de saúde que possam afetar a mãe e o feto.

Exames clínicos e laboratoriais oferecidos durante as consultas de pré-natal auxiliam na identificação de situações de risco para dessa forma agir precocemente, enquanto a assistência recebida no momento do parto é o principal determinante da morbimortalidade no período neonatal (César et al, 2011).

Gráfico 12 – Recebeu alguma vacina contra tétano?



Observa-se no gráfico 12, que 77% das gestantes foram vacinadas contra o tétano, e as restantes 23% não, isto porque, já encontravam-se completamente vacinadas.

É importante que a gestante receba a vacina antitetânica para prevenção do tétano neonatal.

Gráfico 13 -Recebeu orientações sobre o seguimento pré natal?

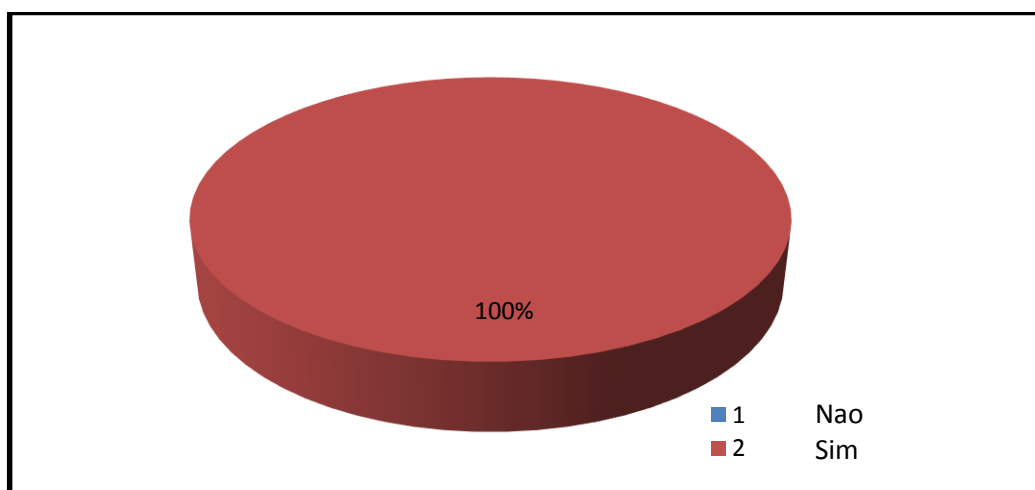
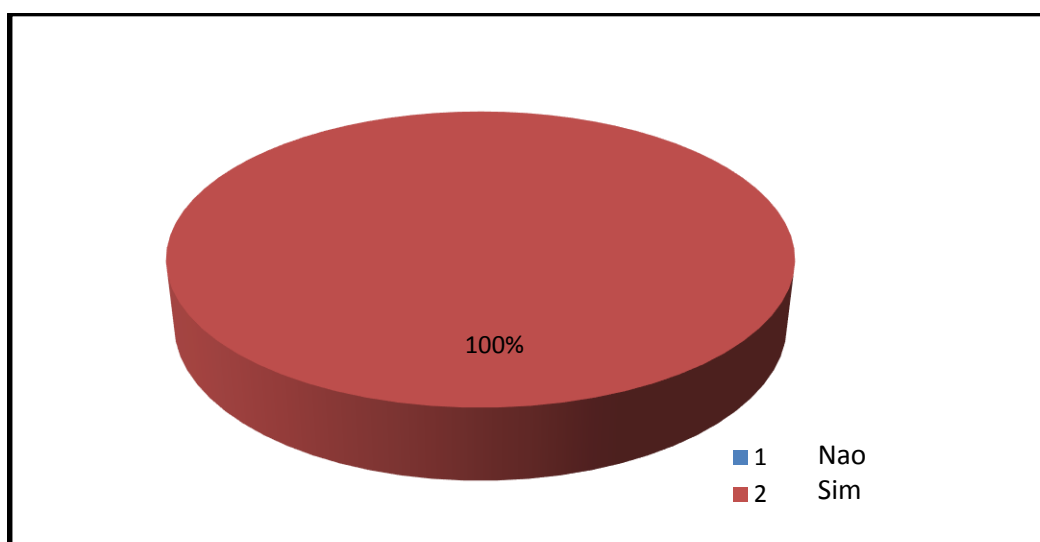
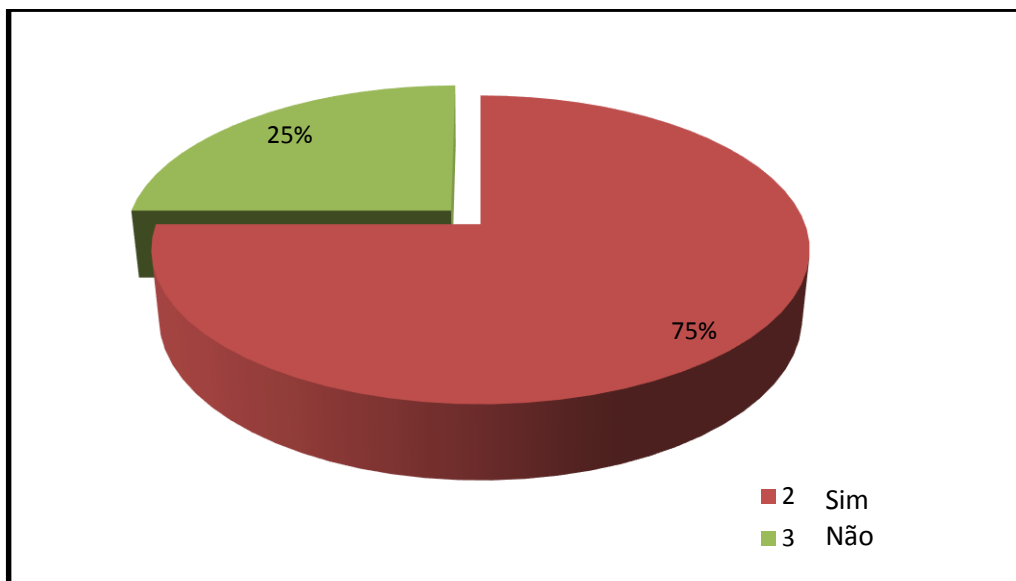


Gráfico 14 – Recebeu orientações sobre os cuidados com a alimentação?



Pode-se verificar nos gráficos 13 e 14, que 100% da amostra foi orientada, no que concerne a nutrição da gestante, e o seguimento da consulta pré natal.

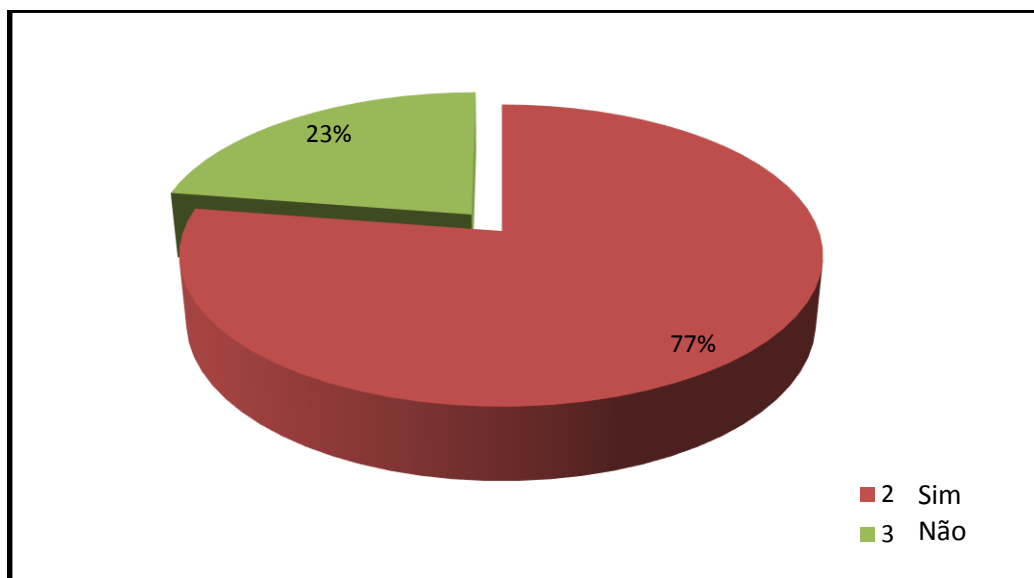
Gráfico 15 – Recebeu orientações sobre a preparação para o parto?



Através do gráfico 15, observa-se que 75% da amostra, receberam orientações sobre a preparação para o parto, e 25% responderam que não.

Segundo Paúl (1989) “um dos principais objetivos da preparação para o parto é proporcionar à mulher um papel ativo no parto, tornando-a atenta ao seu corpo, preparando-a para o seu futuro papel de mãe”.

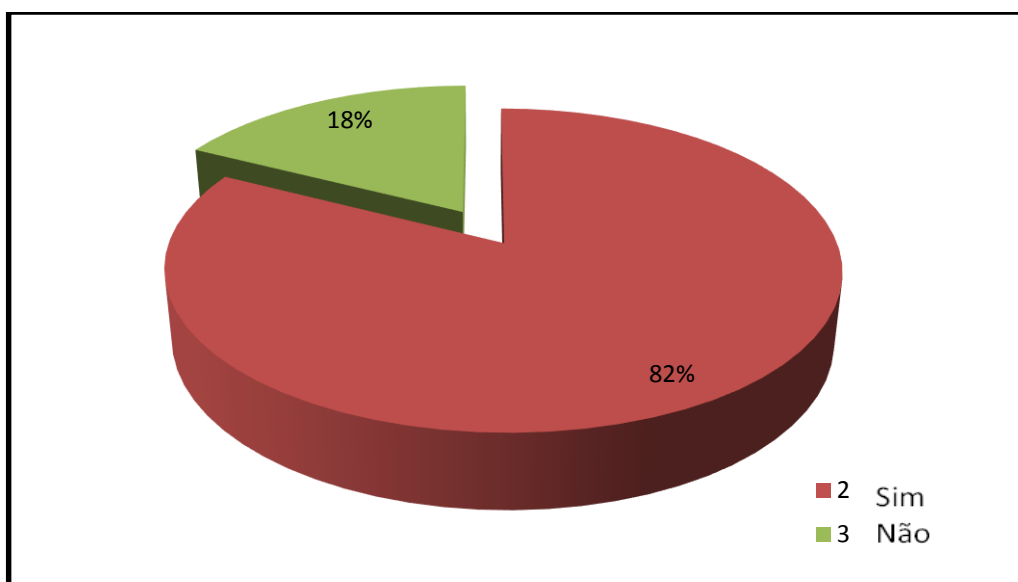
Gráfico 16 – Recebeu orientações sobre a amamentação?



Também verifica-se no gráfico 16 que 77%, foram orientadas sobre a amamentação, e 23 não receberam. Entende-se o porque das gestantes, durante a consulta pré natal, 25% (gráfico 15) e 23% (gráfico 16), não receberam tais orientações, pelo facto desses temas serem abordados no ultimo trimestre da gestação, pois a maioria encontrava-se já neste período.

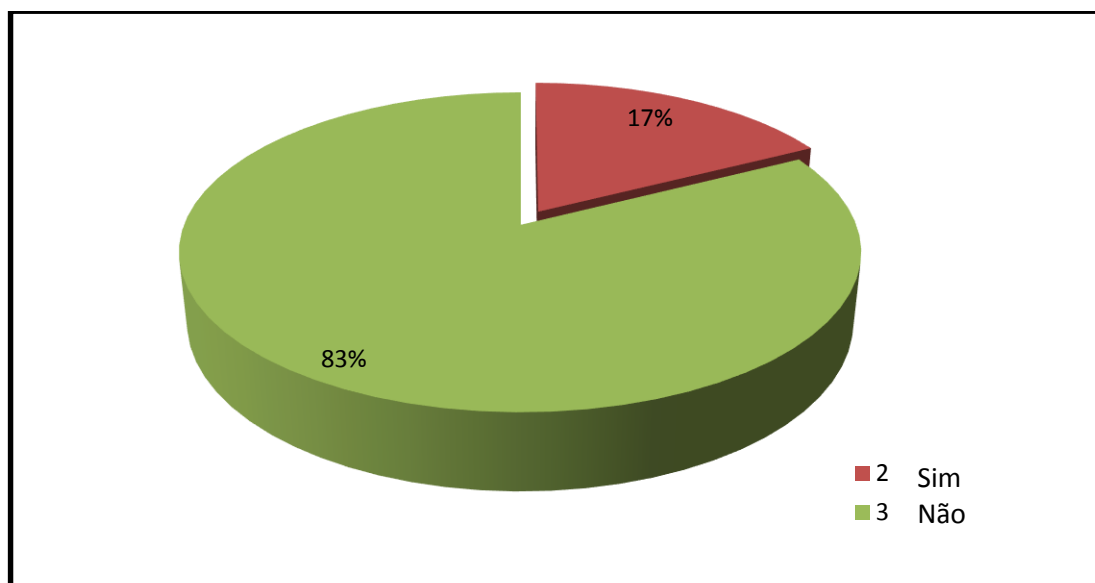
Segundo a OMS, a orientação pré natal deve informar sobre as vantagens da amamentação para motivar as mulheres, promovendo autoconfiança e habilidade, por intermédio do ensinamento das técnicas do aleitamento, além de realizar exames das mamas e preparação dos mamilos.

Gráfico 17 -Recebeu orientações sobre o seguimento da criança?



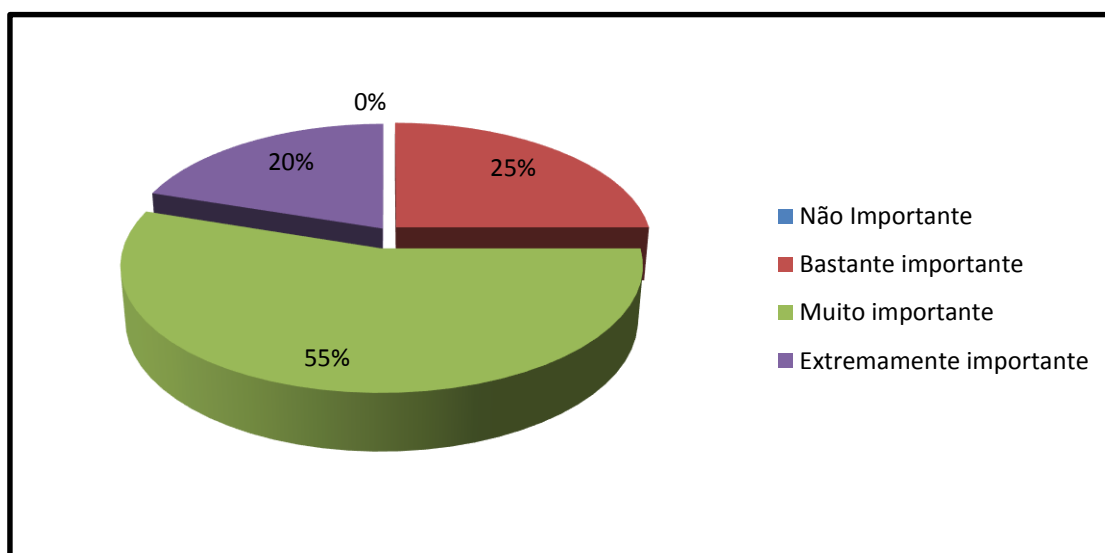
Tal como se pode verificar, que 82% da amostra responderam que foram orientadas sobre a cerca do seguimento da criança, e apenas 18% na receberam, pela mesma razão, citada anteriormente.

Gráfico 18 – Sente dificuldades em realizar as orientações recebidas no pré natal?



Através do gráfico 18 pode-se observar que 83% da amostra não sentem dificuldades em realizar as orientações recebidas na consulta pré natal, o que mostra que essas orientações são muito significantes para a gestante, pois para que ela siga uma gestação tranquila e saudável, deverá seguir toda a orientação/recomendação para o bem-estar materno e fetal.

Gráfico 19– Que importância tem para si as intervenções de enfermagem na consulta pré-natal?

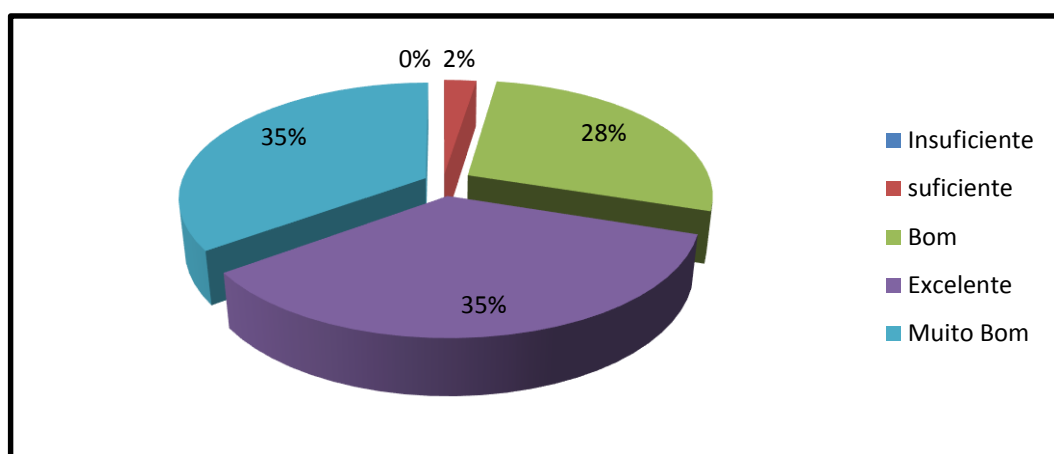


Para dar resposta à pergunta de partida: “ Durante o período pré natal qual a importância das intervenções de enfermagem na consulta pré natal, conferida pelas gestantes do CSR,

pode-se verificar no gráfico 19, que nenhuma percentagem da amostra respondeu não importante, 25% consideram bastante importante, 55% muito importante e 20% responderam extremamente importante.

Conclui-se que as intervenções de enfermagem feita com qualidade, habilidade e competência, proporcionam mais satisfação à gestante, e que maior será a importância conferida pela mesma.

Gráfico 20 – Como classifica as intervenções de enfermagem durante a consulta pré natal neste Centro de Saúde



Foi questionada a amostra sobre a classificação das intervenções de enfermagem durante a consulta pré natal no CSR, nenhuma respondeu insuficiente, 2% responderam suficiente, 28% bom, 35% excelente e outros 35% responderam muito bom.

A realidade dos serviços de saúde, nem sempre responde às necessidades de saúde e expectativas sentidas pelas mulheres durante a gestação, pelo facto de, muitas vezes, não dispor de profissionais habilitados a realizar educação em saúde no período gestacional. Sousa *et al* (2011:200)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em suma, o estudo permitiu conhecer a importância que as gestantes dão às intervenções de enfermagem na consulta pré-natal, pois para que essas intervenções, sejam feitas com qualidade a enfermeira deverá estar capacitada para tais.

Durante o pré-natal são realizadas procedimentos e ações importantes, que permitem a enfermeira identificar e reduzir situações de risco para a mãe e o filho.

Portanto, o pré-natal destaca-se como sendo o primeiro alvo a ser atingido quando se busca reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal e, para tanto, a viabilização dos programas exige atuação profissional competente (GONÇALVES *et al.* Cit in Fonseca *et al* 2008).

Também pode-se concluir que através das intervenções de enfermagem na consulta pré-natal, a enfermeira consegue avaliar se a gestação é de baixo ou alto risco.

A gestante que realiza a consulta pré-natal, sente mais segura e confiante, pois são transmitidas durante a consulta informações e orientações importantes sobre a gestação.

Shimizu *cit in* Brandão *et al* (2012), afirma que “para as gestantes, a consulta pré-natal realizada pela enfermeira, é um espaço de acolhimento que possibilita o diálogo, a expressão de dúvidas e sentimentos, bem como a melhor compreensão do período gestacional. As orientações empoderam as gestantes para enfrentar com mais segurança o processo da gravidez e do nascimento”.

Portanto uma gestante que não realiza a consulta pré-natal, terá outro comportamento, no momento do parto, passará mais tempo de internamento, isto devido aos exames que não foram realizados na consulta pré-natal, está vulnerável a ter uma gestação de risco, e conseqüentemente, complicações maternas que afetam o recém-nascido e a mãe.

Finalizando, os resultados do estudo permitiram refletir a cerca das contribuições das intervenções de enfermagem durante o pré-natal, pois permite que a gestante, enfrenta sua gestação com segurança, confiança e tranquilidade, sendo assim, é dever do profissional de saúde sensibilizar toda a mulher em idade fértil sobre a importância da consulta pré-natal durante a gestação.

Este trabalho, foi mais uma valia, para desenvolver competências para melhorar a qualidade, na prestação de cuidados à gestantes.

Surge, então algumas sugestões, para melhoria da qualidade dos serviços prestados na Secção Maternal, do CSR:

- Divulgar informações sobre a saúde das gestantes, articulando palestras no Centro sobre a importância de realizar o pré-natal;
- Que na Secção Maternal, tivesse um aparelho de cardiotocografia, para avaliar o bem-estar fetal, caso a enfermeira tivesse alguma dúvida sobre a atividade fetal;
- A necessidade de uma Ginecologista semanal, ou mensal no Centro, a fim de evitar deslocamento da gestante de um local para outro;
- Alguns exames laboratoriais solicitados às gestantes, deveriam ser realizados no Centro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAUTO, Martins Soares Filho (2006). “Pré-Natal e Puerpério. Atenção Qualificada e Humanizada”.(Org.). Ministério da Saúde. [on-line], bvms.saude.gov.br/bvs/publicações/pré-natal 5/05/14.

ALMEIDA, Maria Lúcia Pacheco (1996). “Tipos de pesquisa. Como elaborar Monografias 4º. Edição. Belem-Cejup. [on-line], www.pt.scribd.com/doc 4/05/14

BALEY, Rosemary (s/data).” *Fisiologia e acompanhamento da Gravidez*”.in Rosimary Baley. (coord.) “Enfermagem Obstétrica e Ginecológica”. 2ª Edição. Publicações Europa América.

BRANDÃO, Isabel Cristina Araújo; GODEIRO, Ana Luísa da Silva; MONTEIRO, Akemi Iwata. (2012). “Assistência de enfermagem no pré-natal e evitabilidade de óbitos neonatais”. Revista de enfermagem UERJ. Rio de Janeiro v. 20, 596-602. [on-line], <http://www.facenf.uerj.br/v20nesp1/v20e1a08.pdf>

BRASIL, Ministério da Saúde (2005). Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília.

CARVALHO, Isabel Maria Ferreira da Rosa Ramos. FIGUEIREDO, Marta Parente. (2007). ” Manual de Apoio à Saúde Materna”. Lisboa, 2º Ceplesmo do ESEMFR.

CENTENO, Mónica. COSTA, Tereza Diniz. (2010). “Patologias Reumáticas”. In Luís Mendes da Graça. (Coord.). Medicina Materno-Fetal. 4º Edição.

CEZAR, Juraci A.; MENDOZA-SASSI, Raúl A.; GONZALEZ-CHICA, David A.; MANO, Patrícia S.; GOULART-FILHA, Sirley M. (2011). Características sociodemográficas e de assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(5):985-994.

COSTA, Glauce Dias; COTTA, Rosangela Miranda Mitre; SIQUEIRA, Rodrigo Batista;

CLODE, Nuno (2010). “Hipertensão Arterial na Gravidez”. In Luís Mendes da Graça. (Coord.). *Medicina Materno-Fetal*. 4º Edição.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE PORTUGAL (2007). “Profilaxia da Insoimunização Rh”: Circular Normativa. [on-line], [site:file:///users/Asus/Downloads/i009592.pdf](file:///users/Asus/Downloads/i009592.pdf)

FILGUEIRAS, Sandra Lúcia; FERNANDES, Nilo Martins; GONÇALVES, José Eduardo. “Aconselhamento em DST e HIV/AIDS. Directrizes e Procedimentos básicos”. [on-line], www.aids.gov.br 8/05/14

FONSECA, João José (2002). *Metodologia da pesquisa científica*. Fortaleza: UEC.

FONSECA, Lia Andreia Costa da; PADUA, Liceana Barbosa de; NETO, João de Deus Valadares (2011). “Avaliação da qualidade da assistência pré-natal prestada às gestantes usuárias do sistema único de saúde”. *Revista Interdisciplinar NOVAFAPÍ*, v.4, n°2, (40-45). [on-line], http://uninovafapi.edu.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v4n2/pesquisa/p6_v4n2..pdf

FORTIN, Marie-Fabienne (2003) – *O processo de investigação: da concepção à realização*. 3.ª Edição. Loures. Luso ciência.

GOMES, Andreia Patrícia; FRANCESCHINI, Sylvia Carmo Castro (2009). *Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família*. Ciência e Saúde Colectiva, v 14, n. 1, p. 1347- 1357. [on-line] <http://www.scielo.br/scielo.php>

GIL, António Carlos (2008). “Como elaborar projecto de pesquisa”. 4º Edição. São Paulo [on-line], www.ufpel.edu.br 3/05/14

GOMES, Maria Luduvica. (2010). “Enfermagem Obstétrica. Directrizes assistenciais”. (Coord.), Rio de Janeiro.

GONÇALVES Roselane; URASAKI, Maristela Belletti; BARBOSA, Miriam Aparecida; D'AVILA, Carla Gisele (2008). “Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da família em Município Grande de São Paulo”, *Revista Brasília*, v.61, nº3. [on-line], www.scielo.br/pdf 3/01/14.

GRAÇA, Luís Mendes (2010). *Medicina Materno-Fetal*. 4º Edição

LOWDERMILK, Deitra Leonard. PERRY, Shannon (s/data). *Enfermagem na Maternidade*, 7ª edição, s/data.

GUERRA, Glaucia Virgínia de Queiroz Lins; SOUSA, Alex Sandro Rollande. DA COSTA, Bruna Faria; NASCIMENTO, Flávia Renata Queiroz; AMARAL, Mariana de Andrade; SERAFINA, Ana Carolina Paz. (2012). “Exames simples de urina no diagnóstico de infecção urinária em gestantes de alto risco”. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 34 (11): 488-93.[on-line], www.scielo.br/pdf 23/04/2014.

LANDERDAHL, M. C. (2007). “A percepção de mulheres sobre atenção pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde”. *Escola Anna Nery*, vol.11, nº1, (105-111). ISSN 1414-8145. [online], <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n1/v11n1a15.pdf> 28/05/14.

LOWDERMILK, Deitra Leonard; PERRY, Shannon E.(s/data).“*Enfermagem na Maternidade*”. 7º Edição.

MARCONI, Marina de Andrade, LAKATOS, Eva Maria (2003),” O parque ideal e as condições para a prática de actividade física, em parques públicos municipais, da zona leste, Cidade de São Paulo”. *Revista Digital*. Buenos Aires, v.17, nº 172.[on-line], <http://www.efedeportes>.3/01/14.

MACHADO, Maria Helena. (2010). “Assistência Pré-Natal”.In Luís Mendes da Graça. (Coord.). *Medicina Materno-Fetal*. 4º Edição

MELO, Nilton Roberto (2011). “Manual de Orientação de Gestação de Alto Risco”. Febrasgo. [on-line], bvms.saude.gov.br

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2000). “Gestação de alto risco”. Manual técnico, 3º Edição, Brasília.

MENDES, Eliane Teresinha Rocha; KAWATAKW, Cláudia Dobes; MEDEIROS, Karina Portella; ARAÚJO, Leryane Marques; MENEGHETTI, Sílvia Cristina Cruz; LAMBERT, Lisiane Caron (1992). “Polidrâmnio agudo idiopático recorrente, relato de um caso”. *Arq. med. ABC*, 15 (2): 25-27

MENDES, Mário (s/data). *Obstetrícia essencial*. 2º Edição.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2000). *Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento*. Brasília (Brasil) http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n2/pdf/v15n2a26.pdf 3/08/14

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2008). “*Manual de Procedimentos dos Serviços de Saúde Reprodutiva*”. Coordenação - Direção geral da Saúde, programa Nacional de Saúde Reprodutiva.

MINISTERIO DA SAUDE (2004). “*Manual do Caderno de Atenção Integral à Saúde da Mulher em Cabo verde*”.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2008). “*Manual Técnico Operacional do Programa Alargado de Vacinação de Cabo Verde*”.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Nacional de DST e Aids. Diretrizes do Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA: manual. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n41/a09v16n41.pdf> 5/06/14

MORENO, D.M.F.C. Comunicação do resultado do teste HIV positivo no contexto do aconselhamento sorológico: a versão do cliente. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2006. <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n41/a09v16n41.pdf> 24/06/14

NETO Ximenes Francisco. LEITE, Josette Luzia. FULY, Patrícia Santos Claro. CUNHA, Cristina Kowal Olm; CLEMENTE, Adriano Sousa. DIAS, Maria Socorro Araújo. PONTES, Maria Alzenir Coelho. Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. *Revista Brasileira Enfermagem*, v. 61, n. 5, p.595-602. 2008.

OBA, M. D. V.; TAVARES, M. S. G.(2000) “Aspectos positivos e negativos da assistência pré-natal no município de Ribeirão Preto”, São Paulo. *Revista Latino-Americana Enfermagem* vol.8 n°.2. [on-line] <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n2/12412.pdf> 12/03/14

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). (2001). *Iron deficiency anemia: assessmen, prevention and control: a guide for managers*. Geneva, 2001. [on-line], <http://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br> 4/04/14

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (1996).” Assistência ao parto normal: um guia prático. Maternidade segura”. Genebra. [on-line], <http://fis.edu.br/revistaenfermagem/artigos/>

PAÚL, C – Efeitos da preparação Psico-profilática no controlo durante o parto. *Revista Psicologia*. Lisboa. Volume VII, nº3, 1989,p.313-317.

<https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/781/1/tese%20-%20todos%20capitulos.pdf>

PASCOAL, Istênio F. “Hipertensão arterial na gravidez”. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 9: 256-261. [on-line], departamentos.cardiol.br 15/05/14

PINTO, Luísa. PASSOS, Filipa. (2010). “Infecçiology na Gravidez”. In Luís Mendes da Graça. (Coord.). *Medicina Materno-Fetal*. 4º Edição.

PIRES, Denise (2009). “ A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho”. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*, 62 (5): 739-44. [on-line], <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/15.pdf>

REZENDE, Montenegro Filho. (s/data). “Obstetrícia fundamental”. 11º Edição. Editora Guanabara Koogan. [on-line], <http://rioenfermagem.blogspot.com/2013/09/manobra-de-leopold.html> 3/05/14

REZENDE, Jorge de. (2001). *Obstetrícia*. 9º Edição, Guanabara Koogan Editora.

RODRIGUES, Andreia, Cristina (2011). *Serviço Social e humanização: Experiência da Residência em Saúde*. Campinas.

RIOS, C. T. F; VIEIRA, N. F. C. (2007). “Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para a educação em saúde”. *Ciência Saúde Coletiva*; 12(2): 477-86.

SABROZA, Adriane Reis et al (2004). Perfil sociodemográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil - (1999-2001). **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 112-120.

SANTANA, Maria do Socorro Oliveira (2011). “Análise do acolhimento com gestantes na atenção Pré-natal em Crato-Ceará. Universidade de Fortaleza-UNIFOR. [on-line], <https://uol02.unifor.br/oul/conteudosite/F106634345/Dissertacao.pdf>

SATO Ana Paula Sayuri. FUJIMORI Elizabeth (2012). Estado nutricional e ganho de peso na gestante. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 20(3): 2012 http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a06v20n3.pdf 25/06/14

SHIMIZU, H. E; LIMA, M. G. (2009). As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. *Revista Brasileira. Enfermagem*. Brasília, v. 62, n. 3. http://educacao.fau.com.br/site/arquivos/arquivo_20130624151543.pdf

SILVA, Maria João Esperança. (2010). “O papel da Enfermagem em Medicina Materno-Fetal”. In Luís Mendes Graça. (Coord.). *Medicina Materno-Fetal*. 4º Edição.

SPINDOLA, Thelma; SILVA, Larissa Freire Furtado (2009). Perfil epidemiológico de adolescentes atendidas no pré-natal de um hospital universitário. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** Jan./mar.;13(1): 99-107.

SOUZA, Gabriela Fátima (2012). “Instrumento de boas práticas de enfermagem em hemoterapia na Unidade de Terapia Intensiva”: Uma construção colectiva. Florianópolis: UFSC. [on-line], http://pt.wikipedia.org/wiki/Tipagem_sangu%C3%ADnea 22 /03/14

SOUZA, Viviane Barbosa; ROECKER, Simone; MARCON, Sônia Silva (2011). “ Acções educativas durante a assistência pré-natal: percepção das gestantes atendidas na rede básica de Maringá”. *Revista electrónica de Enfermagem*. Vol.13, nº 2, 199-210. [On-line], http://www.fen.ufg.br/fen_revista 25/05/14.

TREVISAN, (2002). “Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul”. *Revista. Brasileira Ginecologia e Obstetrícia*. Rio de Janeiro, v.24, nº5.

Uniformização da linguagem dos diagnósticos da enfermagem da NANDA: Sistematização das propostas do II SNDE. (1992).

VILELAS, José (2009). *Investigação: o processo de construção do conhecimento*. Lisboa. Edições Sílabo.

WATSON, Jean (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar uma Teoria de Enfermagem*. Loures. Lusociência

World Health Organisation(1995). *Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee*. Geneva. [on-line], www.scielo.br 15/05/2014

ANEXOS

Anexo I

Exmo. Senhor Dr. Amílcar Delgado
Director do Centro de Saúde de Ribeirinha



Maria dos Santos Lopes Nascimento, estudante do 4º Ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, na Universidade do Mindelo, desenvolve uma investigação cujo tema é "A importância das intervenções de enfermagem no período Pré-natal", para a obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem, vem mui respeitosamente pedir à Vossa Excelência se digne autorizar desenvolver essa referida pesquisa no Centro de Saúde que dirige, porque pretendo aplicar um inquérito por questionário às gestantes que frequentam este Centro de Saúde.

A Requerente,
Mindelo, 13 de Maio de 2014

Maria Santos Lopes Nascimento
/Maria Nascimento/

Autorizado e aplicar o inquérito
A. Delgado



Anexo II

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Maria dos Santos Lopes Nascimento, estudante do 4º Ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, na Universidade do Mindelo, desenvolve uma investigação cujo tema é “A importância das intervenções de enfermagem no período Pré-natal”, para a obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem.

Gostaria de convidá-la a participar nessa pesquisa realizado neste Centro de Saúde. O objectivo do trabalho será reconhecer a importância das intervenções de enfermagem no pré-natal.

A sua participação é muito importante e será realizada através do preenchimento de um questionário.

Gostaria de esclarecer que a sua participação é totalmente voluntaria, podendo recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer prejuízo a sua pessoa. Informo ainda que as informações serão utilizadas somente para fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade de modo a preservar a sua identidade.

Os benefícios esperados são: mostrar que as intervenções de enfermagem durante o pré-natal são de extrema importância, porque têm como função manterem, e melhorar a saúde da mãe durante a gravidez e assegurar-lhe um parto sem complicações e um filho normal e saudável.

Informo ainda que a senhora não pagará nem será remunerada por sua participação.

Caso tenha duvidas ou necessite de maiores esclarecimentos, pode me contactar:

Maria Santos Lopes Nascimento

Pedra Rolada

Móvel: 9707608

Email: bialopes_85hotmail.com

_____, Tendo sido devidamente esclarecida sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa acima descrita.

Data ____/____/____

Mindelo, _____ de _____ de _____

A investigadora,

Anexo III

Questionário

Maria dos Santos Lopes Nascimento, estudante do 4º Ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, na Universidade do Mindelo, desenvolve uma investigação, para a obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem, cujo tema é “Intervenções de enfermagem no período Pré-natal”, Este questionário tem como objectivo avaliar a importância que as gestantes que frequentam o Centro de Saúde da Ribeirinha, conferem às intervenções de enfermagem durante o período pré-natal.

Neste sentido, venho solicitar a sua colaboração neste estudo, no preenchimento deste questionário, o qual é anónimo e confidencial.

A – Caracterização Geral

1 - Idade

2 - Situação conjugal: Casada Solteira

3 - Nacionalidade _____

4 - Grau Escolaridade

Ensino Primário Ensino Secundário Ensino Superior

5 -Profissão _____

Idade da primeira menstruação

12 – 15 anos 16 – 20anos

Que idade tinha quando iniciou a primeira relação sexual?

12-15 anos 16 – 20 anos 21 – 25 anos

Idade que teve o primeiro filho?

Menos de 15 anos 15 -20 anos 21- 25anos 26 – 30 anos

Com quantos meses de gravidez está? Nº meses

Meses

Não sabe

B – Interacção entre a (o) enfermeira (o)e a gestante na consulta pré natal

1 - Com quantos meses de gravidez fez a primeira consulta pré natal?

Meses

Não sabe

2 - Qual o profissional de saúde que a examinou?

Enfermeira ☐

Médico ☐

Auxiliar enfermagem ☐

3 - Durante a consulta pré natal, a (o) enfermeira (o) conseguiu esclarecer as suas dúvidas?

Sim ☐ Não ☐

4 – Qual é o conhecimento que tem da consulta pré natal?

Nada ☐ Um pouco ☐ razoável ☐ muito bom ☐

C – Exames e procedimentos realizados no pré natal

1 - Durante a consulta pré natal :

Foi pesada? Sim ☐ Não ☐

2 - Sua altura foi medida? Sim ☐ Não ☐

3 - Mediram sua pressão arterial? Sim ☐ Não ☐

4 - Durante a consulta pré natal foi feita alguma solicitação de exame?

Sim ☐ Não ☐

5 - Durante a consulta pré-natal recebeu alguma vacina contra tétano?

Sim ☐ Não ☐

D – Orientações recebidas da (o) enfermeira (o) durante a consulta pré natal

1 - Recebeu informações sobre a importância do pré natal?

Sim ☐ Não ☐

2 - Recebeu orientações sobre os cuidados com a alimentação durante a gravidez?

Sim ☐ Não ☐

3 – Recebeu orientações do seguimento pré natal na primeira consulta?

Sim ☐ Não ☐

4 - Recebeu orientações de preparação para o parto durante as consultas?

Sim ☐ Não ☐

5 - Recebeu orientações sobre a amamentação?

Sim ☐ Não ☐

6 - Recebeu orientações sobre o seguimento da criança?

Sim ☐ Não ☐

7 - Sente dificuldades em realizar as orientações recebidas no pré natal?

Sim ☐ Não ☐

8 - Qual é a importância que você dá às intervenções de enfermagem na consulta pré natal?

Não Importante ☐ Bastante importante ☐ Muito Importante ☐
Extremamente importante ☐

9 - Como classifica as intervenções de enfermagem durante a consulta pré-natal neste Centro de Saúde?

Insuficiente ☐ Suficiente ☐ Bom ☐ Excelente ☐ Muito Bom ☐